



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Aulikki Jaatinen

MUISTISAIRAAN ASIAKKAAN
KÄYTÖSOIREIDEN AIHEUTTAMAT
ONGELMAT HOITAJIEN KOKEMANA
KOTIHOIDOSSA

Sosiaali- ja terveysala
2015

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Aulikki Jaatinen
Opinnäytetyön nimi	Muistisairaana asiakkaan käytösoireiden aiheuttamat ongelmat hoitajien kokemana kotihoidossa
Vuosi	2015
Kieli	suomi
Sivumäärä	52 + 2 liitettä
Ohjaaja	Elina Kajan

Tämän opinnäytetyönä tehdyn tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ongelmia, joita kotihoidon hoitajat kohtaavat hoitaessaan käytösoireisia muistisairaita. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa sekä kotihoidon hoitajille että työnantajille tietoa siitä, millaisia käytösoireita kotihoidossa työskentelevät hoitajat pitävät ongelmallisina. Opinnäytetyön tilaajana oli Seinäjoen kaupungin sosiaali- ja terveyskeskuksen kotihoito.

Väestön ikääntyessä lisääntyy myös muistisairaiden määrä. Muistisairaat ihmiset muodostavat suuren osan kotihoidon asiakaskunnasta. Muistisairaudet ja niiden liitännäisoireet, kuten käytösoireet, aiheuttavat kasvavaa palvelutarvetta ja edellyttävät hoitohenkilöstöltä erityisosaamista.

Tutkimukseen osallistui kuusi Ylistaron kotihoidon työntekijää. Kaikilla tutkimukseen osallistuneilla hoitajilla oli usean vuoden työkokemus kotihoidossa. Haastateltavia pyydettiin kuvailemaan erityisesti vuorovaikutukseen, orientaatioon ja hahmotukseen sekä toiminnanohjaukseen liittyviä ongelmia. Tutkimusaineiston keräysmenetelmänä oli teemahaastattelu yksilöhaastatteluina ja tutkimusaineisto analysoitiin sisällönanalyysillä.

Vuorovaikutukseen liittyvinä ongelmina tulivat esiin asiakkaan haasteellinen käyttäytyminen, hoitajan uupumus ja pelko sekä kokemus siitä, että hoitotyö ei toteutunut suunnitellusti. Orientaatioon ja hahmotukseen liittyviä ongelmia olivat asiakkaan kokema epävarmuus kotona pärjäämisestä ja kotona pärjäämisen riskialttius. Ongelmina ilmenivät myös hoitajan kokemus vastuullisesta työstä ja voimavarojensa riittämättömyydestä. Toiminnanohjaukseen liittyvinä ongelmina ilmenivät asiakkaan arjen sujumisen heikentyminen ja asiakkaan pärjäämättömyys kotona ilman hoitajan tukea. Epävarmuus hoitotavoitteiden toteutumisesta koettiin myös ongelmallisena.

Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että kotihoidon hoitajien kohtaamat ongelmat ovat moninaisia. Hoitajat kantavat huolta asiakkaan turvallisuudesta ja kotona pärjäämisestä sekä pohtivat omaa ammattitaitoaan suhteessa muistisairaana hyvään hoitoon ja turvalliseen kotona pärjäämiseen.

ABSTRACT

Author	Aulikki Jaatinen
Title	The Problems Caused by the Behaviour of a Client with a Memory Disorder. The Experiences of Home Health Care Nurses
Year	2015
Language	Finnish
Pages	52 + 2 Appendices
Name of Supervisor	Elina Kajan

The purpose of this bachelor`s thesis was to describe problems, which home health care nurses encounter, when taking care of persons with a memory disorder. The purpose of the study was to highlight the behavioural problems that home health care nurses feel to be difficult to handle. The bachelor`s thesis was commissioned by the home health care services in Seinäjoki.

While the population is ageing, also the number of people with a memory disease will increase. The majority of home care clients are people with a memory disorder. The memory diseases bring on behavioural symptoms, which cause a higher demand for services and require specific professional skills of the nursing staff.

The study was participated by six nurses in Ylistaro home health services. The nurses were asked to describe problems they had related to interaction, orientation, perception and guidance. The data was collected with a theme-centered interview. The material was analyzed with content analysis.

The problems of interaction were the client`s challenging behaviour, nurse`s exhaustion and fear and that the treatment was not implemented as planned. The client`s feelings of insecurity related to managing at home and caused problems in the orientation and perception. Also the nurses` feelings of the work being responsible and the insufficient resources were problems. Problems related to the guidance related to the client`s weakened ability to manage at home without the support of a nurse.

The results show that the problems the nurses meet, are various. The nurses are worried about the client`s safety and managing at home. They also reflect over their professional skills concerning good care and managing at home of a person with a memory disorder.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	5
2	MUISTISAIRAUS	8
	2.1 Alzheimerin tauti	9
	2.2 Verisuoniperäinen dementia	9
	2.3 Lewyn kappale -tauti.....	10
	2.4 Parkinsonin taudin muistisairaus	11
	2.5 Otsa-ohimolohkorappeumat.....	11
3	MUISTISAIRAUDESTA AIHEUTUVAT KÄYTÖSOIREET	13
	3.1 Käyttösoireiden aiheuttamia ongelmia.....	13
	3.1.1 Vuorovaikutukseen liittyviä ongelmia	14
	3.1.2 Orientaatioon ja hahmotukseen liittyviä ongelmia	14
	3.1.3 Toiminnanohjaukseen liittyviä ongelmia.....	15
	3.2 Käyttösoireet sairastuneen näkökulmasta	16
	3.3 Käyttösoireet läheisen näkökulmasta.....	17
	3.4 Käyttösoireet hoitajan näkökulmasta	17
4	MUISTISAIRAUDESTA AIHEUTUVIEN KÄYTÖSOIREIDEN HOITO. 19	
	4.1 Muistisairaana asiakkaan hoitotyö.....	19
	4.2 Muistisairaana asiakkaan hoitotyö kotihoidossa	21
	4.3 Muistisairaana asiakkaan hoitajana kotihoidossa	23
5	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT.....	25
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	26
	6.1 Aineiston keruu.....	26
	6.2 Aineiston analysointi	27
7	TUTKIMUSTULOKSET	28
	7.1 Vuorovaikutukseen liittyvät ongelmat.....	28
	7.1.1 Asiakaslähtöiset vuorovaikutusongelmat.....	28
	7.1.2 Hoitajalähtöiset vuorovaikutusongelmat.....	31

7.2	Orientaatioon ja hahmotukseen liittyvät ongelmat	34
7.2.1	Asiakkaan pärjääminen	35
7.2.2	Hoitajan epävarmuus ammattieettisyydestään	36
7.3	Toiminnanohjaukseen liittyvät ongelmat.....	37
7.3.1	Asiakkaan kotona pärjäämisen haasteellisuus	38
7.3.2	Hoidon toteutumisen ongelmat	39
8	POHDINTA.....	41
8.1	Tutkimustulosten tarkastelua	41
8.2	Tutkimuksen eettiset kysymykset	44
8.3	Tutkimuksen luotettavuus	45
8.4	Johtopäätöksiä.....	46
8.5	Jatkotutkimusehdotuksia.....	47
	LÄHTEET	46
	LIITTEET	

TAULUKKOLUETTELO

Taulukko 1. Vuorovaikutukseen liittyvät ongelmat	s. 34
Taulukko 2. Orientaatioon ja hahmotukseen liittyvät ongelmat	s. 37
Taulukko 3. Toiminnanohjaukseen liittyvät ongelmat	s. 40

LIITELUETTELO**LIITE 1.** Saatekirje**LIITE 2.** Teemahaastattelun runko

1 JOHDANTO

Suomen väestön ikääntyminen on Euroopan nopeinta. Vuonna 2026 Suomessa enustetaan olevan työkäisiä eli 15-65-vuotiaita vain 58 % väestöstä. Kaikki työkäiset eivät ole työelämässä, jonka takia työssäkävien osuus voi laskea alle puoleen väestöstä. (Risikko 2012.) Muistisairaiden ihmisten määrä lisääntyy väestön ikääntyessä ja suurin osa kotihoidon, palveluasumisen ja ympärivuorokautisen hoivan palveluista suunnataan muistisairaille asiakkaille. Heidän hoitamisensa vaatii paljon inhimillisiä ja taloudellisia voimavaroja. On arvioitu, että muistisairaudet aiheuttavat yhteiskunnalle kustannuksia vuonna 2015 lähes 3.9 miljardia euroa. Suomalaisessa vaikuttavuustutkimuksessa ilmeni, että kun muistisairaahan ihmisen ja hänen omaisensa tarvitsemat sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelut räätälöitiin yksilöllisesti, tarpeet arvioitiin monipuolisesti ja käytössä oli palvelukokonaisuutta koordinoiva yhteyshenkilö, kustannukset laskivat huomattavasti. Kotihoidon kehittäminen oli hyödyllistä. Se osoittautui kustannusvaikuttavaksi, viivästytti ympärivuorokautiseen hoitoon siirtymistä ja paransi sairastuneiden elämänlaatua. Muistisairaudet ja niiden liitännäisoireet kuten käytösoireet aiheuttavat yhä enenevässä määrin palvelutarvetta ja edellyttävät hoitohenkilöstöltä erityisosaamista. On tärkeää sekä tunnistaa muistisairaus mahdollisimman varhaisessa vaiheessa että suunnitella asianmukainen hoito, jolloin tuetaan myös sairastuneen kotona asumista mahdollisimman pitkään. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012; Finne-Soveri, Heikkilä, Hammar, Saarikalle, Andreasen, Mäkelä, Sohlman, Asikainen & Noro 2014; Suomen muistiasiantuntijat ry 2010.)

Suomen ikäpolitiikan ja palvelujärjestelmän perustana ovat valtakunnalliset ohjeistukset. Ikääntyneen väestön hyvinvoinnin ja sosiaali- ja terveystalouden saamisen turvaamiseksi on säädetty niin sanottu vanhuspalvelulaki eli laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystaloudesta 980/2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelma Kaste 2012-2015 ohjaa ikäihmisten palveluiden rakenteen ja sisällön uudistamista. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2013 keskittyy kokonaisuutenaan turvaamaan mahdollisimman terveen ja toimintakykyisen ikäänty-

misen koko ikääntyneelle väestölle sekä laadukkaat ja vaikuttavat palvelut niitä tarvitseville iäkkäille henkilöille. Kansallisella muistiohjelmalla 2012-2010 varaudutaan muistisairaiden määrän kasvuun. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014; Sosiaali- ja terveysministeriö 2012; Sosiaali- ja terveysministeriö 2013.) Kunnilta edellytetään ikääntymispoliittista strategiaa, jonka avulla tietoisesti varaudutaan ikäihmisten hyvinvoinnin turvaamiseen ja väestörakenteen muutoksiin (Suomen kuntaliitto 2012).

Muistisairaat muodostavat yhä suuremmaksi kasvavan asiakasryhmän kotihoidossa. Kotihoidon työntekijät tekevät kotikäyntinsä yleensä yksin ja kohtaavat päivittäin muistisairaita henkilöitä. Suurella osalla näistä asiakkaista on myös jonkinasteisia käytösoireita, jolloin hoitotyö haastaa koko työyhteisön ja hoitajan ammattitaito- ja vuorovaikutustaidot. Hoitajan ajantasainen tieto yhdistettynä hyviin vuorovaikutustaitoihin tuo hänelle itselleen varmuutta ja taitavuutta muistisairaahan kohtaamiseen, jolloin myös muistisairas asiakas hyötyy kokonaisvaltaisen hoidon mahdollistuksessa. Käytösoireet, kuten muistisairaudet yleensä, puhuttavat työntekijöitä, koska muistisairaat asiakasryhmänä on merkittävä ja sairaudet oireineen hyvin erilaisia.

Opinnäytetyön tekijällä on pitkä työkokemus muistisairaiden hoitamisesta kotihoidossa. Oma kouluttautuminen ja kasvava kiinnostus muistisairaiden hyvään hoitoon ovat herättäneet pohtimaan toimintamalleja käytösoireiden kohtaamisessa. Tutkimusaiheeseen päätymiseen vaikutti myös opinnäytetyön tekijän näkemys muistisairaahan pärjäämisestä kotona mahdollisimman pitkään merkittävänä elämänlaatua lisäävänä tekijänä. Taitava kotihoito pidentää osaltaan muistisairaahan aikaa selvitä kotona, jolloin yhteiskunnan ylläpitämä kallis laitoshoido jää lyhyemmäksi.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ongelmia, joita kotihoidossa työskentelevät hoitajat kohtaavat hoitaessaan käytösoireista kärsiviä muistisairaita. Tutkimuksen ensisijaisena tavoitteena on tuottaa sekä kotihoidon hoitajille että työnantajille tietoa siitä, millaisia käytösoireita kotihoidossa työskentelevät hoitajat pitä-

vät ongelmallisina. Tätä tietoa voidaan hyödyntää kehitettäessä ratkaisu- ja toimintamalleja hoitajien ongelmallisiksi kokemiin hoitotilanteisiin ja pohdittaessa lisäkoulutuksen tarvetta.

2 MUISTISAIRAUS

Dementia on oireyhtymä, jolla tarkoitetaan elimellisestä syystä johtuvaa henkisten toimintojen heikkenemistä. Yleisimmin dementiaa aiheuttavat etenevät muistisairaudet, kuten Alzheimerin tauti, aivoverenkiertosairaudet, Lewyn kappale-patologiaan liittyvät sairaudet, kuten Lewyn kappale -tauti ja Parkinsonin taudin muistisairaus sekä otsaohimolohkorappeumat. Dementiaan liittyy muistihäiriön lisäksi yksi tai useampi seuraavista tekijöistä: kielellinen häiriö, kätevyuden heikkeneminen, tunnistamisen vaikeutuminen ja monimutkaisten älyllisten toimintojen heikkeneminen. Muistisairauden edetessä ilmaantuu usein myös käytösoireiksi kutsuttuja oireita ja muutoksia tunteiden ilmaisussa. Yleensä dementia on luonteeltaan etenevä, johtaen kykenemättömyyteen selviytyä työstä ja jokapäiväisistä toiminnoista. Dementia voi olla myös pysähtynyt tai sen syynä voi olla hoidettava tila, kuten esimerkiksi depressio, kilpirauhasen vajaatoiminta, B 12-vitamiinin puutos, lääkemyrkytys tai krooninen kovakalvonalainen verenvuoto. (Käypä hoito 2010; Soininen 2009; Erkinjuntti 2010, 86; Vataja 2006, 98; Muistiliitto 2013.)

Muistisairaus määritellään sairaudeksi, joka heikentää muistia ja muita tiedonkäsittelyalueita (Käypä hoito 2010). Muistisairaus aiheuttaa kognitiivisia hankaluuksia, kuten muistin, orientaation ja toiminnanohjauksen vaikeuksia. Lisäksi voi ilmetä hahmottamisen häiriöitä, afasiaa ja tahdonalaisten liikkeiden koordinaatiohäiriöitä. Muistisairaana on usein myös vaikea ilmaista tarpeitaan ymmärrettävästi, mutta toisaalta he ilmaisevat tunteitaan herkemmin kuin muut ihmiset. (Eloniemi-Sulkava 2010.) Kaikkiin muistisairauksiin liittyy käyttäytymisen muutoksia eli käytösoireita, joita voi esiintyä muistisairauksien kaikissa vaiheissa (Vataja 2014).

Etenevät muistisairaudet luokitellaan kansantaudiksi, sillä lähes neljännesmiljoonalla suomalaisella on jonkinasteinen muistioire. Lievästi heikentyneestä muistista ja tiedonkäsittelytoiminnasta kärsii Suomessa noin 120 000 muistisairasta ihmistä. (Käypä hoito 2010.) Lievistä dementian oireista kärsii 35 000 henkilöä ja 85 000 vähintään keskivaikeista oireista. Joka vuosi diagnosoidaan noin 13 000 uutta tapusta. (Hallikainen 2014, 14.)

2.1 Alzheimerin tauti

Alzheimerin tauti on tavallisin etenevä muistisairaus ja se aiheuttaa noin 60 % kaikista dementiatapauksista. Osalla sairastuneista voidaan dementoitumisen aiheuttajina pitää Alzheimerin taudin ja verisuoniperäisen aivosairauden sekamuotoja. Alzheimerin tautiin liittyviä oireita ja aivomuutoksia esiintyy myös monilla Lewyn kappale -tautia sairastavilla henkilöillä. (Sulkava 2010, 123.)

Tyypillisesti Alzheimerin tauti alkaa lievillä muistihäiriöillä, kuten mieleen painamisen ja palauttamisen hankaluuksilla. Taudin edetessä lähimuisti heikentyy niin, että potilas ei muista muutamaa minuuttia aiemmin tapahtuneita asioita. Ajan- ja paikantaju häviävät. Tavaroiden katoaminen ja etsiminen, vaikeus löytää sanoja, ja monimutkaisista toiminnoista, kuten pukeutuminen ja ruokailu, suoriutuminen ovat Alzheimerin taudin yleisiä ilmentymiä. Sosiaalisen keskustelun taidot säilyvät usein pitkään ja sairastunut saattaa olla mielestään täysin kykenevä huolehtimaan asioistaan, koska sairaudentunto heikkenee ja häviää. Käyttäytymisen muutokset tulevat varsin varhaisessa vaiheessa esiin masennuksena ja harhaluuloina. Alzheimerin tautiin liittyy myös laihtuminen, vaikka ravinto olisikin riittävää. Yleensä sairauden kestätyä noin 4-6 vuotta ilmaantuu myös etukumara asento, jäykkyyttä, töpöttävää kävelyä ja hitautta sekä kasvojen ilmeettömyyttä. Keskimäärin 5-8 vuotta sairastumisesta kävelykyky häviää, jos säännöllisestä kävelytyksestä, venytelystä ja liikeratojen säilymisestä ei pidetä huolta. Myös virtsan pakkokarkailutai-pumusta ja vähitellen täydellistä virtsan- ja ulosteen pidätyskyvyttömyyttä esiintyy. Naisilla tauti kestää pari vuotta pidempään kuin miehillä, mutta yleensä kuolema seuraa 10-12 vuoden sairastamisen jälkeen. (Sulkava 2010, 123-124; Vataja 2014, 49.)

2.2 Verisuoniperäinen dementia

Verisuoniperäisestä eli vaskulaarisesta dementiaasta kärsii noin 15 % kaikista muistisairaista. Sairauden etenemistapa vaihtelee portaittaisesta tasaisesti etenevään tai pitkään muuttumattomana pysyvään. Yöllinen sekavuus, masennus ja kävelyvaikeudet ovat tyypillisiä jo alkuvaiheessa. Sairastuneella voi ilmetä afasiaa eli puheen

ymmärtämisen ja tuottamisen häiriötä, apraksiaa eli vaikeutta suorittaa tahdonalaisia liikkeitä ja agnosiaa eli kyvyttömyyttä tunnistaa tuttuja asioita ja esineitä. Myös lihasjäykkyys ja spastisuus liittyvät usein aivoverenkiertohäiriöihin. Sairastuneen muisti, uudelleenoppiminen ja sairaudentunto eivät heikkene niin selvästi kuin Alzheimerin taudissa, mutta käytösoireita on enemmän Alzheimerin tautiin verrattuna. Kuten Alzheimerin taudissa, myös verenkiertohäiriöihin liittyvässä muistisairaudessa harhaluulot ja masennus ovat tavallisia käyttäytymisen muutoksia jo sairauden alkuvaiheessa. (Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 90; Vataja 2014, 49.)

Verisuoniperäisen dementian kesto on yksilöllistä, keskimääräinen aika on 7-8 vuotta. Sairaus kulkee usein suvuttain, koska altistavat tekijät periytyvät. Riskitekijöitä ovat verenpainetauti, sydämen rytmihäiriöt ja diabetes, joita siis kannattaa hoitaa hyvin. (Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 91-92.)

2.3 Lewyn kappale -tauti

Lewyn kappale -tauti on kolmanneksi yleisin etenevä muistisairaus ja noin 15 % kaikista dementiatapauksista kärsii tästä keskimäärin 60-65-vuotiaana alkavasta taudista. Alkuvaiheessa potilas voi virkeänä ollessaan vaikuttaa normaalilta, mutta väsyneenä muisti on huonompi eikä looginen ajattelu onnistu. Sitä vastoin oppimiskykyä ja lähimuistia voi olla huomattavasti jäljellä, kuten myös kykyä oivaltaa ja perustella loogisesti. Lewyn kappale -tautiin liittyy jäykkyyttä, liikkeiden hitautta, kävelyhäiriötä ja karkeaa lepovapinaa. Myös vireystason nopea vaihtelu sekä yksityiskohtaiset näköharhat ovat tyypillisiä sairastuneelle. Taudin edetessä lauseet lyhentyvät ja lopulta sanat katoavat lähes kokonaan. Lewyn kappale -tautia sairastavan huumorintaju säilyy yleensä loppuun saakka ja ymmärrys voi olla normaali, vaikka sanat katoaisivatkin. Varhaisimmat käyttäytymisen muutokset ilmenevät Lewyn kappale- taudissa näköharhoina ja REM-unen säätelyhäiriöinä. Tauti voi kestää jopa yli 30 vuotta, mutta toisaalta kesto voi olla vain muutamia vuosia. (Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 93-96.; Vataja 2014, 49.)

2.4 Parkinsonin taudin muistisairaus

Suomessa on noin 10 000 Parkinsonin tautia sairastavaa, joista noin 3000:lla on muistioireita eli Parkinsonin taudin muistisairaus. Tässä sairaudessa on erittäin paljon samankaltaisuutta Lewyn kappale -taudin piirteiden kanssa, mistä johtuen osa tutkijoista pitääkin niitä samana sairautena, joka on painottunut eri tavalla. Parkinsonin taudin alkuvaiheen lepovapinan, lihasjäykkyyden ja liikkeiden hitauden lisäksi iän myötä ja sairauden edetessä ilmaantuvat eriaisteiset tiedonkäsittelyn ja muistin ongelmat. Muistisairaus diagnosoidaan yli 20 %:lle Parkinsonin tautia sairastavista sairauden loppuvaiheessa. Altistavia tekijöitä sairastumiseen ovat korkea ikä, vaikea ja hidastuva liikkuminen, tasapainon heikkous, kävelyvaikeus ja varhain ilmenevät muistiongelmat. Keskeisiä piirteitä Parkinsonin taudin muistisairaudessa ovat tarkkaavuuden heikentyminen sekä toiminnanohjaukseen ja näönvaraiseen hahmottamiseen liittyvät vaikeudet. Sairastuneella on usein myös aloitteenäkökyvyttömyyttä ja apatiaa sekä näköharhoja ja masennusta. Lewyn kappale -taudin tapaan Parkinsonin tautiin liittyvät yleisesti käytösoireina näköharhat ja REM-unen säätelyhäiriöt jo sairauden alkuvaiheessa. Parkinsonin taudin muistisairaus on hitaasti etenevä sairaus, jonka oireita voidaan lievittää Parkinsonin taudin ja Alzheimerin taudin lääkkeillä. (Vataja 2014, 49, 295-296; Suhonen, Martikainen & Pasila 2010, 6; Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 99.)

2.5 Otsa-ohimolohkorappeumat

Otsa-ohimolohkorappeumiin sisältyy ryhmä dementoivia sairauksia: otsalohkodementia eli frontaalinen dementia, semanttinen dementia ja etenevä, sujumaton afasia. Etenevistä muistisairauksista otsa-ohimolohkorappeumat muodostaa 5-10 % ja se on erityisesti työikäisten ihmisten muistisairaus, johon osalla sairastuneista on myös perinnöllinen alttius. Oireistona esiintyy persoonallisuuden muuttumista, psykiatrisia ja muita käyttäytymisen ongelmia, kuten impulsiivisuutta tai apaattisuutta sekä eteneviä kielellisiä ongelmia. Fyysisinä oireina otsa-ohimolohkorappeumiin saattaa liittyä jäykkyyttä, vapinaa, hitautta ja pidätyskyvyttömyyttä tai jopa liikehermorappeumaa, joka lyhentää merkittävästi elinaikaa. Dementiatasoinen oirekuva ilmaantuu yleensä vuosia ensioireiden jälkeen. Keskimääräinen elinikä on

noin 6-10 vuotta, mutta osalla sairastuneista oireet lisääntyvät hitaasti ja kohtalainen toimintakyky voi säilyä yli 10 vuotta. (Remes 2014, 281-282; Vataja 2014, 49.)

3 MUISTISAIRAUDESTA AIHEUTUVAT KÄYTÖSOIREET

Käyttösoireen käsitteellä ilmaistaan näkyvää, vaikeaksi koettua ja usein normitonta käyttäytymistä (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2011). Muistisairaiden käyttösoireet ovat sairauden aiheuttamia haitallisia käyttäytymisen tai tunne-elämän muutoksia, joita saattaa ilmaantua ensimmäisinä merkkeinä muistisairaudesta. Käyttösoireiden muotoutumiseen vaikuttavat muistisairaahan ihmisen persoonallisuus sekä hänen suhteensa omaisiin ja hoitajiin. Myös hänen muu terveydentilansa, lääkitykset sivuvaikutuksineen, ympäristö ja muistisairaahan luonne määrittävät käyttösoireiden kehittymistä. Noin 90 % sairastuneista kärsii näistä oireista, jotka voivat olla hyvin erilaisia, ja usein ne ovat merkittävin tekijä, joka heikentää muistisairaahan tai hänen omaisensa elämänlaatua. Masentunut ja apaattinen mieliala sekä ahdistuneisuus ovat tavallisimpia käyttösoireita. Lisäksi voi ilmetä levotonta käyttäytymistä kuten esimerkiksi kuljeskelua, karkailua, tarkoituksetonta pukeutumista ja riisuutumista tai aggressiivista käyttäytymistä. Myös harhaluulot ja aistiharhat sekä sairastuneen persoonallisuuden muutokset kuuluvat käyttösoireisiin, jotka voivat aiheuttaa hämmennystä ja vaaratilanteitakin. Kontrollin ja opittujen käyttäytymistapojen heikkenemisen vuoksi muistisairaahan puhe ja tekemiset ovat usein poikkeavia, jonka vuoksi käyttäytymisen muutoksia voi olla hankala ymmärtää. Haitalliset muutokset aiheuttavat ongelmia ja heikentävät muistisairaahan ja hänen läheistensä elämänlaatua enemmän kuin varsinaiset muistiongelmat tai tiedonkäsittelyn toimintoihin liittyvät pulmat. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 183; Käypä hoito 2010; Vataja 2014, 46-47; Mönkäre 2014, 91.)

3.1 Käyttösoireiden aiheuttamia ongelmia

Usein käyttösoireet liittyvät vuorovaikutukseen, johon vaikuttavat muistisairaahan mukanaan tuomat hankaluudet orientaatioissa, hahmotuksessa ja toiminnanohjauksessa (Mönkäre 2014, 95).

3.1.1 Vuorovaikutukseen liittyviä ongelmia

Muistisairaus aiheuttaa vuorovaikutukseen liittyviä ongelmia, koska sairastuneen kyky ilmaista itseään ja ymmärtää ympäristöstä tulevaa viestintää muuttuu. Muistisairaahan ihmisen läheisyyden tarve ja tarve olla vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa ei kuitenkaan muutu, vaikka puhe vähitellen katoaakin. Muistisairauden edetessä keskusteleminen voi olla hitaampaa sanojen löytämisen vaikeuden takia. Muistisairaahan ihmisen oma-aloitteinen puhuminen vähenee ja hän voi käyttää väärin sanoja tai unohtaa, mitä on puhumassa. Puhe saattaa sisältää myös tilanteeseen sopimattomia tai merkityksettömiä sanoja. Muut keskustelijat voivat kokea tämän hämmentävänä. Sanaton viestintä eli eleet ja ilmeet, katse ja kosketus ovat tärkeitä vuorovaikutuksen keinoja sekä muistisairaalle ihmiselle että läheiselle tai hoitajalle. Myös rauhallisella ja turvallisella ilmapiirillä on merkittävä vaikutus vuorovaikutukselle muistisairaahan ihmisen kanssa. (Mönkäre 2014, 94-95; Burakoff 2015.)

Muistisairaahan ihmisen kohtaamisessa tasavertaisuus on tärkein periaate. Muistisairas ihminen toimii ja viestii eri tavalla kuin ennen, mutta hänellä on silti monia taitoja, joiden varaan vuorovaikutusta voi perustaa. (Burakoff 2015.) Muistisairaahan ihmisen kohtaamisessa on tärkeää läheisen tai hoitajan taito ottaa huomioon ja paikata kognitiivisten muutosten aiheuttamia puutteita vuorovaikutuksessa. (Mönkäre 2014, 95.)

3.1.2 Orientaatioon ja hahmotukseen liittyviä ongelmia

Muistisairauden etenemisen myötä tapahtuu muutoksia myös orientaatiossa. Muistisairaahan ihmisen minuuden hahmottaminen suhteessa aikaan, paikkaan ja henkilöihin muuttuu, muisti vääristyy ja virheelliset muistumat sekoittuvat arkielämän tapahtumiin. (Mönkäre 2014, 95.)

Muistisairas ihminen voi eksyä tutussakin ympäristössä tai unohtaa, minne on mennossa. Sairastuneella voi myös olla hankaluuksia erottaa vuorokauden ajat toisistaan tai tunnistaa vuodenaikoja, jonka takia hän esimerkiksi voi pukeutua liian kevyesti ulkoillessa (Muistiliitto 2014.)

Muistisairaahan ihmisen orientaation tarve ei ole ehkä enää sama kuin terveellä ihmisellä. Erityisesti vaikean sairauden vaiheessa hänen on tärkeintä kokea olevansa oikeassa paikassa ja oikeiden ihmisten parissa ja kaiken olevan hyvin. (Eloniemi-Sulkava 2011.)

Muistisairauteen liittyy usein myös hahmottamisen ongelmia. Sairastuneella voi olla hahmottamisen häiriö, jolloin tuttujen kasvojen ja esineiden tunnistaminen hankaloituu. Myös esineiden käyttötarkoituksen ymmärtäminen voi vaikeutua. (Mönkäre 2014, 95.) Muistisairaalle ihmiselle hahmottamisongelmat voivat aiheuttaa virhetulkintoja, kuten esimerkiksi yöllisten autonvalojen tulkitseminen tulipaloksi tai lattian värin sävyerojen tulkitseminen aukoiksi, joiden yli ei uskalla astua. Peili ja televisio voivat myös olla virhetulkintojen lähteitä. (Muistiliitto 2014; Mönkäre 2014, 95.)

3.1.3 Toiminnanohjaukseen liittyviä ongelmia

Muistisairaahan ihmisen toiminnanohjaus perustuu läheisen tai hoitajan toimintaan yhdessä muistisairaahan kanssa. Muistisairaudesta johtuen toiminnanohjaukseen liittyy usein ongelmia, koska sairastuneen spontaanisuus, tavoitetietoisuus ja aloitekyky vähenevät. Hänellä voi olla myös keskittymisen ongelmia ja vaikeuksia ymmärtää kokonaisuuksia sekä toimia monivaiheisesti. Painopiste ohjauksessa on muistisairaahan asianmukaisessa kohtelussa, hyvän yhteistyön ja turvallisen ilmapiirin luomisessa. Ohjaajan muistisairasta kunnioittava sekä muistisairaahan omatoimisuutta ja turvallisuutta edistävä toimintatapa edesauttaa tekemisen sujumista. Muistisairaahan ohjaamisen tavoitteet liittyvät tavallisesti arkisiin ja hyvän elämän kannalta välttämättömiin asioihin, kuten ruokailuun, hygienian hoitoon, pukeutumiseen ja nukkumiseen, mutta tavoitteet eivät välttämättä ole samat muistisairaalla ja läheisellä tai hoitajalla. Muistisairauden seurauksena esineiden, paikkojen ja ihmisten yhteydet toimintaan, tilanteisiin ja tapahtumiin hämärtyvät ja muistisairas saattaa kokea ympäristön hämmentävänä ja pelottavanakin paikkana. Tästä johtuen ohjaamisen haasteet muovautuvat usein tilanteiden erilaisesta tulkinnasta. Muistisairaus aiheuttaa myös uusien asioiden oppimisen heikkenemistä, jonka takia muistisairas kaipaa

usein tuttuutta ja turvallisuutta. Rutiinit ja toistuvat, tutut asiat sujuvat yleensä ohjattuna vaivattomammin kuin uudet. Ohjaamisessa on tärkeää hahmottaa, mitä muistisairas itse kyseisessä tilanteessa kokee ja haluaa. Ohjaajan rauhallisuudella ja empatiakyvyllä on suuri merkitys ohjaustilanteessa. Toiveisiin ja tarpeisiin vastaaminen voi olla pysähtymistä, rauhallista läsnäoloa ja hienovaraista toimintaa, ei aina konkreettista tekemistä muistisairaana sanomisen mukaan. Yhteistoiminta ja tavoitteen saavuttaminen helpottuu, kun muistisairasta kuullaan ja hänen toiveensa huomioidaan. (Mönkäre 2014, 90-91, 95.)

3.2 Käyttöoireet sairastuneen näkökulmasta

Käyttöoireiden on todettu vaikuttavan muistisairaana elämänlaatua heikentävästi. Niiden takia tapaturmariski kasvaa, kuten myös vaara joutua pahoinpidellyksi tai pahoinpitelijäksi. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 182.) Yksinasumisen lisäksi käyttöoireet ovat tärkeimpiä pysyvään laitoshoidon johtavia syitä (Vataja 2014, 47). Lotvosen, Rosenvallin & Nukarin (2014, 208-209) artikkelissa todetaan, että muistisairaalle avun vastaanottamisen kynnyks voi olla korkea johtuen esimerkiksi muistamattomuuden aiheuttamasta epäluuloisuudesta. Muistisairauden edetessä avun tarve kuitenkin lisääntyy, mutta sairastuneen kyky hankkia sitä vähenee.

Omaishoitajan ja muistisairaana välinen suhde voi heijastua käyttöoireina varsinkin, jos hoitajana on puoliso. Omaisen ahdistuneisuus ja masentuneisuus ilmenee helposti muistisairaana oireiluna. Samoin voivat laitoshoidossa olevan muistisairaana käyttöoireet olla reagointia esimerkiksi hoitajan tai lääkärin työuupumukseen. (Vataja 2006, 103.) Muistisairaana omasta näkökulmasta katsottuna ympäristön haasteena kokema käyttöoire voi olla pyrkimystä selviytyä kestävässä tilanteessa tai mukautua vaikeaan olosuhteeseen. Se voi olla myös yritystä parantaa elämäntilannetta kokemusta tai toteuttaa jokin muu tarve tai toivomus. (Eloniemi-Sulkava 2008.)

Viime vuosina on nostettu esille käsite ”unmet needs behaviour”, jolla tarkoitetaan sitä, että ulkopuolisten kokemaa haaste on muistisairaana näkökulmasta hänen keihonsa ilmaista tarvetta, toivetta tai kokemusta, jota muistisairaana ympäristö ei ky-

kene ymmärtämään tai huomioimaan. Muistisairaalla voi olla esimerkiksi tarve tuntea itsensä normaaliksi, aikuiseksi ihmiseksi, saada arvostusta ja myötätuntoa tai hyvää mieltä. (Eloniemi-Sulkava 2014.) Myös Tuovinen (2014) on todennut, että käytösoireet eli haasteellinen käyttäytyminen voidaan nähdä muistisairaana keinona ilmaista tarpeensa, jolloin muiden häiritsevänä kokema käytös on muistisairaana omasta mielestä rationaalista.

3.3 Käytösoireet läheisen näkökulmasta

Stoltin työryhmän tutkimuksesta käy ilmi, että muistisairaana hoitaminen kotona on läheistä kuormittavaa. Läheisen kuormittuneisuus koostuu useasta tekijästä, jotka liittyvät sekä hoidettavaan että läheiseen itseensä. (Stolt, Suhonen, Koskeniemi, Hupli, Katajisto & Leino-Kilpi 2014, 133.) Omaisen elämänlaatua heikentävät eniten muistisairaana aggressiivisuus, ahdistuneisuus, seksuaalisen käyttäytymisen muutokset ja masennus. Kuormittumisen seurauksena voi olla omaisen uupuminen, varsinkin jos tämä kokee velvollisuudekseen selviytyä ilman apua. (Vataja 2014, 47; Lotvonen ym. 2014, 209.)

Lehtirannan (2014) tutkimusryhmä tutki tekijöitä, jotka jouduttivat muistisairaana henkilön siirtymistä kotoa laitoshoittoon. Riskitekijät johtuivat pääasiassa muistisairaasta ja ne jakautuivat neljään pääluokkaan: muistisairaana liikkumisen ongelmat, muistisairaana pärjäämättömyys kotona, muistisairaana harhailu ja eksyminen sekä rajoitukset päivittäisissä toiminnoissa. Läheiseen itseensä liittyviä riskitekijöitä olivat oman terveydentilan heikkeneminen ja jaksaminen. (Lehtiranta, Leino-Kilpi, Koskeniemi, Jartti, Hupli, Stolt & Suhonen 2014, 118-119.)

3.4 Käytösoireet hoitajan näkökulmasta

Silfverin, Laurin & Leino-Kilven (1993, 101,107) tekemässä tutkimuksessa suurin osa hoitajista koki hankalana sekavat, muistamattomat, yhteistyökyvyttömät ja levottomat potilaat. Potilaan kokeminen hankalana teki hoitotyöstä välttelevää ja pakkonomaista toimintaa, jossa korostui hoitajan tunteiden hillintä.

Hoitajaa saattavat kuormittaa osittain samat tekijät kuin omaisiakin, kuten muistisairaana ihmisen aggressiivisuus, ahdistuneisuus, seksuaalisen käyttäytymisen muutokset ja masennus (Vataja 2014, 47).

4 MUISTISAIRAUDESTA AIHEUTUVIEN KÄYTÖSOIREIDEN HOITO

Muistisairaahan käyttäytymisen muutosten havaitseminen ja hoitaminen ovat teki-
jöitä, jotka kohentavat sairastuneen ja hänen läheisensä elämänlaatua kaikkein te-
hokkaimmin (Vataja 2014, 58).

4.1 Muistisairaahan asiakkaan hoitotyö

Muistisairaahan ihmisen hoitamisessa siirtyminen sairauskeskeisyydestä ihmiskes-
keisyyteen korostaa dementoituneen käyttäytymisen mielekkyyttä hänen omasta
näkökulmastaan. Hoito perustuu voimavaralähtöiseen ajatteluun ja sen myötä ko-
konaisvaltaiseen ja tavoitteelliseen kuntouttavaan hoitoon. Tärkeimmät hoidon ta-
voitteet ovat muutosten ennakointi ja riskien hallinta sekä elämänlaadun ylläpitä-
minen ja kotona vietetyn ajan jatkaminen. Hyvä hoitaminen edellyttää hoitajalta
kykyä eläytyä sairastuneen kokemuksiin ja ymmärtää hänen tarpeitaan, jolloin
mahdollistuu myös käytösoireiden ennakointi ja ennaltaehkäisy. Muistisairaahan ih-
misen toimintakykyä voivat heikentää muistisairauden ja somaattisten vaivojen li-
säksi myös erilaiset toimintakäytännöt, asenteet ja vääränlaiset tavat vuorovaiku-
tuksessa. Käytösoireisen muistisairaahan hoitaminen vaatii usein moniammatillista
yhteistyötä. (Suhonen ym. 2008, 10, 14; Mönkäre, Hallikainen, Nukari & Forder
2014, 8.)

Käytösoireiden esiintymistä voidaan vähentää hoitamalla somaattiset sairaudet hy-
vin sekä neuvomalla ja ohjaamalla omaisia. Myös hoitohenkilökunnan osaamisella
ja muistisairaahan tarpeet huomioivalla ympäristöllä voidaan vaikuttaa käytösoirei-
den ilmenemiseen sekä parantaa muistisairaahan hyvinvointia ja elämänlaatua. Kaik-
kiin käytösoireisiin ei ole tarpeen puuttua, mutta niitä täytyy hoitaa, jos ne rasittavat
asianomaista itseään tai muita ihmisiä, heikentävät muistisairaahan kykyä huolehtia
itsestään tai jos käytösoireet aiheuttavat uhkaavia tilanteita tai sosiaalinen kanssa-
käyminen muodostuu oireiden takia ongelmalliseksi. (Kan & Pohjola 2012, 222;
Eloniemi-Sulkava 2014.) Käytösoireita arvioitaessa on hyödyllistä kiinnittää huo-
miota siihen, miten käytösoireet ilmenevät; mitä sairastunut tekee tai sanoo, ovatko

oireet tilanne- tai aikasidonnaisia, kuinka usein oireita ilmenee ja kuinka haitallisia ne ovat asianomaiselle itselleen tai muille? On myös asiaankuuluvaa pohtia lääkkeiden mahdollisten sivu- tai haittavaikutusten osuutta käytösoireiden syynä ja tehdä tarvittaessa esimerkiksi neuropsykologinen haastattelu (NPI). Myös omaisen näkemys läheisensä käyttäytymisestä on arvokasta tietoa, kun pyritään löytämään käytösoireen tarkoitus eli miksi muistisairas käyttäytyy poikkeavasti. Käytösoireiden säännöllinen kartoittaminen ja hoitaminen kuuluvat olennaisena osana muistisairaahan ihmisen sairauden seurantaan. (Jäntti 2012.)

Usein käytösoireita voidaan ehkäistä ja hoitaa asiantuntevalla suhtautumisella ja muistisairaahan hyvällä hoidolla. Käytösoireita voidaan lievittää myös asianmukaisella lääkehoidolla ja lääkkeettömällä hoidolla. Osa käytösoireista voi hävitä itseltään, jolloin aloitettu lääkehoito on tilapäistä, ja sen takia lääkityksen tarve on hyvä arvioida 3-6 kuukauden välein. (Suhonen, Alhainen, Eloniemi-Sulkava, Juhela, Juva, Löppönen, Makkonen, Mäkelä, Pirttilä, Pitkälä, Remes, Sulkava, Viramo & Erkinjuntti 2008, 16; Jäntti 2012.) Muistisairaahan ihmisen lääkkeettömällä hoidolla tarkoitetaan ennen kaikkea sitä, että hänestä ja hänen tarpeistaan huolehditaan tarkoituksenmukaisesti. Tähän sisältyy muun muassa perusteettoman rajoittamisen ja avuttomuuden korostamisen välttäminen sekä puutteiden kompensoiminen hoito-yhteisön ja – ympäristön avulla. Muistisairaahan jäljellä olevan toimintakyvyn tukeminen on merkityksellistä. (Koponen 2010.)

Suontaka–Jamalaisen (2011, 54) käytösoireita käsittelevässä tutkimuksessa huomattiin, että käytösoireisen muistisairaahan hoitaminen vaatii hoitajalta erikoisosaaamista ja hyviä vuorovaikutustaitoja sairastuneen ja hänen läheistensä kanssa. Myös moniammatillinen yhteistyö on merkityksellistä muistisairaahan toimintakyvyn ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Erilaiset vuorovaikutusta parantavat menetelmät, kuten muistelu- ja mielikuvaterapia sekä liikunta ja musiikki ehkäisevät käytösoireita ja parantavat toimintakykyä. Tiedon ja taidon lisäksi muistisairaahan hoitaminen edellyttää hoitajalta luovuutta, positiivista asennetta, pitkäjänteisyyttä ja uskoa näiden hyödyllisyyteen.

Isolan työryhmän tutkimus toi esiin hoitotyön edistyksellisiä toimintoja haasteellisen käyttäytymisen kohtaamisessa dementoituvan potilaan hoidossa. Näitä toimintoja olivat persoonan käyttö, järkipästäminen ja intuitiivinen toiminta. Persoonan käyttöä kuvattiin ihmisenä olemisen, huumorin ja luovuuden hyödyntämisenä kohdattaessa haasteellisesti käyttäytyvä muistisairas.. Järkipästämiseen liittyvää toimintaa olivat perustelu, vakuuttaminen, ohjaaminen ja ympäristön muokkaaminen. Intuitiivinen toiminta tuli esiin ennalta ehkäisyä, mukaan menemisenä ja huomion ohjaamisena muualle. (Isola, Backman, Saarnio & Paasivaara 2005, 148.) Myös Saarnion & Isolan (2010, 323-329) tutkimuksessa hoitajat ilmaisivat onnistuvansa haasteellisissa tilanteissa hyödyntämällä persoonallista, intuitiivista, eettistä sekä ammatillista toimintatapaa. Persoonallisessa toimintatavassa hyödynnettiin hoitajan luovuutta, huumoria ja omaa persoonaa. Luovuus toimintatavassa ilmeni totutun toimintatavan muuttamisena toisenlaiseksi, hoitavan henkilön tai koko hoitoympäristön vaihtamisena. Huumoria käytettiin sekä verbaalisesti että toiminnallisesti ja oman persoonan hyödyntämiseen liittyivät hoitajan hyväntuulisuus, rauhallisuus ja empaattisuus. Intuitiivinen toimintatapa sisälsi ennalta ehkäisyä, mukaan menemisen ja johdattelun pois tilanteesta. Eettiseen toimintatapaan hoitajat ilmaisivat kuuluvan vanhuksen ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamisen. Ammatillisessa toimintatavassa oli pääosin kyse hoitajan vuorovaikutustaidoista, toiminnallisuuden hyödyntämisestä, ympäristön muokkaamisesta ja neuvottelusta työtoverin tai omaisen kanssa. Vanhuksen elämänselämän tunteminen, hoitajan pitkä työkokemus ja teoreettinen tieto dementoivista sairauksista edistivät edellä mainittujen toimintatapojen käyttöä. Vuorovaikutustilanteissa onnistumista tuki myös hoitajan pysyvä työsuhte samalla osastolla.

4.2 Muistisairaahan asiakkaan hoitotyö kotihoidossa

Kotihoito on toiminnallinen kokonaisuus, jonka kunta voi muodostaa yhdistämällä sosiaalihuoltolakiin perustuvan kotipalvelun ja terveydenhuoltolakiin perustuvan kotisairaanhoidon. Kotihoidon tehtävä on asiakkaan kotona selviytymisen tukeminen, jota toteutetaan asiakkaan toimintakyvyn arviointiin pohjautuen hoito- ja pal-

velusuunnitelman mukaisesti. (STM 2013). Suomalaisessa hoito- ja palvelujärjestelmässä noin 70 000 muistisairasta ihmistä eli 60 % Suomen muistisairaista asuu nykyään kotona. Suurin osa heistä asuu yksin. (Sulkava 2010, 136.)

Säännöllisen kotihoidon asiakkaaksi määritellään kuuluvaksi henkilö, jonka luokse tehdään kotikäyntejä vähintään kerran viikossa. Näillä asiakkailta on voimassa oleva palvelu- ja hoitosuunnitelma tai heille on muuten toteutunut laskentakaukaiden aikana kotisairaanhoidon ja/tai kotipalvelun käyntejä. Säännöllisen kotihoidon asiakkaita oli vuoden 2013 marraskuussa kaikkiaan 72 137. Asiakasmäärä nousi edellisestä vuodesta 2,3 prosenttia. (THL 2014.)

Perusterveydenhuollon lääkäri, kotihoidon työntekijät sekä perustason sosiaalityöntekijät muodostavat dementoituvan ihmisen ensisijaisen ammatillisen tukiverkoston. Tärkeimmät periaatteet kotona asuvan muistisairaana ihmisen kohtaamisessa ovat hänen autonomiansa kunnioittaminen ja hänen turvallisuudestaan huolehtiminen. Mainitut periaatteet ovat usein ristiriidassa keskenään, mutta jos autonomiaa joudutaan rajoittamaan, se on tehtävä niin, että muistisairaana ihmisen arvokkuus säilyy. (Eloniemi-Sulkava, Juva & Mäkelä 2006, 522.) Muistisairaana hoitotyössä pyritään sairastuneen ja hänen läheisensä mielekkääseen elämään ja hyvinvointiin sekä sairauden etenemisen hidastamiseen ja toimintakyvyn ylläpitämiseen (Muistiliitto 2013). Muistisairaana ihmisen hyvinvoinnin tarpeista lähtevä ja asiakaslähtöisesti suunniteltu hoito soveltuu muun muassa kotona asuvien muistisairaiden ihmisten hoitoon (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2012, 113).

Elorannan (2012) työryhmän tekemässä tutkimuksessa kotihoidon asiakkaat yleensä totesivat olevansa tyytyväisiä elämäänsä; tosin masennus ja yksinäisyys olivat tavallisia. Asiakkaat kokivat kuitenkin tyytymättömyyttä psykososiaalisen tuen toteutumiseen. Yli puolet asiakkaista kaipasi hoitajilta enemmän myönteistä palautetta. Asiakkaiden mielestä hoitajat eivät myöskään kiinnittäneet riittävästi huomiota asiakkaiden vahvuuksiin ja kannustaminen suoriutumaan itse niistä päivittäisistä toiminnoista, joihin he vielä kykenivät, koettiin liian vähäiseksi. Sitä vastoin hoitajat tunsivat onnistuneensa tuen toteuttamisessa; he antoivat mielestään po-

sitiivista palautetta, kannustivat asiakkaita omatoimisuuteen ja kiinnittivät enemmän huomiota asiakkaiden vahvuuksiin kuin rajoituksiin. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että hoitotyön koulutuksessa, johtamisessa ja käytännön hoitotyön kehittämisessä on tärkeää paneutua näihin hoitotyön osa-alueisiin. (Eloranta, Arve, Viitanen, Iso-aho & Routasalo 2012, 19-21.) Psykososiaalisen tuen vähäisyydestä kotihoidon asiakkaat valittivat myös Elorannan, Arven ja Routasalon (2009, 136-145) tutkimuksessa.

4.3 Muistisairaahan asiakkaan hoitajana kotihoidossa

Kotihoito on kokonaisuus, jonka kunta on muodostanut yhdistämällä kotipalvelun ja kotisairaanhoidon (STM 2013).

Kotipalvelun työntekijät ovat yleensä kodinhoitajia, koti-avustajia tai lähihoitajia, jotka myös seuraavat asiakkaan vointia sekä neuvovat häntä ja omaisia palveluihin liittyvissä kysymyksissä. Kotipalvelusta asiakas saa apua päivittäisiin kodin askareisiin ja henkilökohtaisiin toimintoihinsa silloin, kun sairaus tai alentunut toimintakyky vaikeuttavat itse-näistä selviytymistä. Kotipalvelu toimii monissa kunnissa myös iltaisin ja viikonloppuisin. Yölläkin tehtävät kotikäynnit ovat yleistymässä. Kotipalvelua täydentävinä tukipalveluina voidaan järjestää esimerkiksi aterioiden tuominen kotiin, siivousta, kylvetystä ja kuljetuspalveluja. (STM 2014.)

Kotisairaanhoidon on sairaanhoitoa, jota henkilö saa kotiinsa silloin, kun sairaus ja alentunut toimintakyky estävät häntä käyttämästä muita terveyden- ja sairaanhoidon palveluita. Kotisairaanhoidon tarkoituksena on helpottaa sairaalasta kotiin siirtyvän henkilön kotiutumista ja hänen kotona selviytymistään sekä antaa tukea läheistään kotona hoitaville omaisille. Kotisairaanhoidon työntekijät ovat pääosin sairaanhoitajia, jotka toteuttavat lääkärin määräämiä sairaanhoidollisia toimenpiteitä, ottavat näytteitä, valvovat lääkitystä ja seuraavat asiakkaan vointia. Myös esimerkiksi saattohoitoa voidaan toteuttaa kotona. (STM 2014.)

Muistisairaahan asiakkaan hoitaminen on vaativaa hoitotyötä, jossa hoitaja toimii herkkänä hoitoinstrumenttina. Hoitajalla tulee olla riittävästi tietoa muistisairauk-

sista ja häneltä edellytetään henkistä kypsyyttä sekä kykyä säilyttää ammatillisuus myös haastavissa tilanteissa. (Sulkava 2014.)

Iharvaaran (2013, 48) tekemässä tutkimuksessa ilmenee, että viime vuosina vanhusten kotihoidossa on ollut paljon muutoksia. Kotihoidon hoitajien keski-ikä on melko korkea ja useilla koulutustaso on matala. Kotona asumista tukevat tekniset ratkaisut ja potilastietojärjestelmien jatkuva kehittäminen asettavat paineita hoitajien teknologiaosaamiselle. Asiakkaiden määrä kasvaa jatkuvasti, mutta henkilöstön määrä ei lisäännä samassa suhteessa. Asiakkaat ovat myös huonokuntoisempia. Kaikki tämä edellyttää hoitajilta jatkuvasti työn tehostamista ja uutta osaamista. Suhosen (2012) tutkimusryhmä toteaa tutkimuksessaan, joka käsitteli iäkkäiden ihmisten hoitotyössä työskentelevien hoitajien tyytyväisyyttä, että hoitajat olivat kohtuullisen tyytyväisiä työhönsä. Kaikkein tyytyväisimpiä hoitajat olivat omaan ammatilliseen asemaansa, itsenäisyyteensä sekä vuorovaikutukseen. (Suhonen, Stolt, Gustafsson, Katajisto & Puro 2012, 27.)

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ongelmia, joita kotihoidossa työskentelevät hoitajat kohtaavat hoitaessaan käytösoireisia muistisairaita. Tutkimuksen ensisijaisena tavoitteena oli tuottaa sekä kotihoidon hoitajille että työnantajille tietoa siitä, minkälaisia käytösoireita kotihoidossa työskentelevät hoitajat pitävät ongelmallisina. Tätä tietoa voidaan hyödyntää kehitettäessä ratkaisuja ja toimintamalleja hoitajien ongelmallisiksi kokemiin hoitotilanteisiin ja pohdittaessa esimerkiksi lisäkoulutuksen tarvetta.

Tutkittavana olivat seuraavat kysymykset:

1. Millaisia vuorovaikutukseen liittyviä ongelmia kotihoidossa työskentelevät hoitajat kohtaavat hoitaessaan käytösoireisia muistisairaita?
2. Millaisia hahmotukseen ja orientaatioon liittyviä ongelmia kotihoidossa työskentelevät hoitajat kohtaavat hoitaessaan käytösoireisia muistisairaita?
3. Millaisia toiminnanohjaukseen liittyviä ongelmia kotihoidossa työskentelevät hoitajat kohtaavat hoitaessaan käytösoireisia muistisairaita?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimuksen toteuttamisella tarkoitetaan tutkimuksen käytännön toteutusta tutkimussuunnitelmassa sovitulla tavalla (Vilka 2005, 61). Tämä tutkimus on laadullinen tutkimus, koska haastateltavien haluttiin kuvailevan omia kokemuksiaan ongelmista, joita he ovat kohdanneet hoitaessaan käytösoireisia muistisairaita.

6.1 Aineiston keruu

Laadullisen tutkimuksen keskeisimpiin aineistonkeruumenetelmiin kuuluu haastattelu (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 121). Teemahaastattelu on eräs tutkimushaastattelun muoto. Se vastaa hyvin laadullisen tutkimuksen lähtökohtia. Sille on tyypillistä, että aihepiirit eli teemat ovat tiedossa, mutta kysymysten muotoa tai niiden järjestystä ei ole etukäteen tarkkaan päätetty. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2009,208.)

Tämän tutkimuksen perusjoukko on Ylistaron kotihoidossa työskentelevät hoitajat, joille jaettiin tutkimusta koskevat saatekirjeet elokuussa 2014 kotihoidon palaverissa. Tutkimuksen tekijä tiedotti palaverissa tutkimuksesta ja pyysi tutkimukseen halukkaita hoitajia ilmoittautumaan kahden viikon kuluessa joko henkilökohtaisesti, sähköpostitse tai puhelimitse. Samalla tutkimuksen tekijä toi esiin osallistumisen vapaaehtoisuuden. Kohderyhmäksi muodostui kuusi työntekijää, jotka ilmoittautuivat suullisesti sovitun ajan sisällä ja heidän kanssaan sovittiin yksilöhaastattelujen ajankohdat. Haastateltavat saivat haastattelurungon etukäteen tutustuttavaksi. Ennen haastattelujen toteuttamista tutkija teki esihaastattelun ulkopuoliselle henkilölle, joka työskenteli kotihoidossa muulla paikkakunnalla. Esihaastattelun perusteella ei ollut aihetta tehdä muutoksia tutkimuskysymyksiin tai –teemoihin. Haastattelut perustuivat kolmeen tutkimuskysymykseen työntekijöiden kokemista ongelmista koskien vuorovaikutusta, orientaatiota ja hahmotusta sekä toiminnanohjausta. Työntekijät olivat tutkimuksen tekijälle ennestään tuttuja ja haastattelut olivat varsin vapaamuotoisia edeten pitkälti kunkin haastateltavan intuitiivisen kokemusten kuvailun mukaan. Haastattelupaikkana oli kotihoidon rauhallinen toimistotila. Haastattelut onnistuttiin järjestämään kiireettömänä ajankohtana. Työnanta-

jalta oli lupa haastattelujen tekemiseen työaikana. Haastattelut toteutettiin syys-lokakuun vaihteessa 2014 nauhoitettuina teemahaastatteluina, jotka kestivät 25-50 minuuttia.

6.2 Aineiston analysointi

Tutkimusaineiston analysointi toteutettiin käyttämällä laadullista sisällönanalyysiä, joka on aineistojen perusanalyysimenetelmä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013,163). Tällä analyysimenetelmällä tavoitellaan kuvausta tutkittavasta ilmiöstä tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Lopputuloksena tuotetaan tutkittavaa ilmiötä kuvaavia kategorioita. Sisällönanalyysi perustuu joko induktiiviseen eli aineistolähtöiseen analyysiin tai deduktiiviseen analyysiin, jolloin lähtökohtana on joku aikaisempi käsitejärjestelmä. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4-5.) Tämän tutkimuksen sisällönanalyysi perustuu induktiiviseen analyysiin.

Haastattelujen tekemisen jälkeen nauhoitettu tutkimusaineisto litteroitiin eli puhtaaksikirjoitettiin tekstimuotoon. Litteroitua aineistoa kertyi 65 liuskaa kirjoitettuna fontilla 12. Tämän jälkeen koko aineisto luettiin läpi useaan kertaan yleiskäsityksen saamiseksi. Seuraavaksi aineistosta etsittiin lausumia, jotka ryhmiteltiin kolmeen ryhmään tutkimuskysymysten pohjalta. Lausumat kirjoitettiin alkuperäisilmauksina, jotka seuraavassa vaiheessa pelkistettiin aineiston ilmaisuiksi. Näistä pelkistetyistä ilmauksista etsittiin samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Samaa merkitsevät ilmaukset ryhmiteltiin samaan kategoriaan, joka nimettiin sisältöä kuvaavalla nimellä. Nämä alakategoriat puolestaan yhdistettiin ja niistä muodostettiin yläkategorioita.

7 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimuksessa keskityttiin vuorovaikutukseen, orientaatioon ja hahmotukseen sekä toiminnanohjaukseen liittyviin ongelmiin, joita kotihoidon hoitajat kohtaavat hoitaessaan käytösoireisia muistisairaita asiakkaita. Jokaisella osa-alueella hoitajat kokivat sekä asiakas- että hoitajalähtöisiä ongelmia. Vuorovaikutukseen ja toiminnanohjaukseen sisältyi lisäksi hoitajien kokemia hoitotyön ongelmia

7.1 Vuorovaikutukseen liittyvät ongelmat

Eniten hoitajat kuvasivat tutkimusaineistossa käytösoireisen muistisairaana asiakkaan ja hoitajan väliseen vuorovaikutukseen liittyviä ongelmia. Koetut ongelmat ilmenivät joko asiakas- tai hoitajalähtöisinä, joita molempia koskevia alkuperäisilmaisuja esiintyi suurin piirtein saman verran.

7.1.1 Asiakaslähtöiset vuorovaikutusongelmat

Asiakkaan haasteelliseen käyttäytymiseen liittyi monenlaisia ongelmia. Osa haastatelluista hoitajista koki asiakkaan vastahankaisuuden aiheuttavan ongelmia hoitajan ja asiakkaan välisessä vuorovaikutuksessa. Vastahankaisuutta kuvattiin asiakkaan kieltäytymisenä hoidosta, joka jossain tapauksessa oli jo ennalta sovittu. Yksi hoitajista kuvasi vastahankaisuutta asiakkaan vastareaktiona hoitajan käskevään puhetapaan tai seurauksena asiakkaan säikähtämisestä hoitajan komentavan puheen takia.

”.. lähinnä niin kun se on sitä kieltäytymistä hoidosta..”

”.. se siitä sitten voi vähän säikähtää ja tulla vastareaktiota, jos rupeaa oikein niin ku kovin olemaan tomeraa siinä ja määräälemään..”

”.. suihkupesulle mennähän vaan essut päällä ja sanotahan, että ny mennähän pesulle ja ihminen, joka ei oo tottunu ikinä kuulemaan naiselta komen...komentoora, niin..”

Aggressiivinen käyttäytyminen koettiin vuorovaikutukseen liittyvänä ongelmana lähes jokaisen hoitajan haastattelussa. Monella hoitajalla oli kokemusta asiakkaan

kiukkuisuudesta, huitomisesta tai käsiksi käymisestä. Osa hoitajista oli ollut tilanteessa, jossa oli uhkana asiakkaan kiinnikäyminen tai arvaamaton aggressiivisuus.

”.. ehkä se aggressiivisuus ja kun ei tierä sitte, että miten niin ku, että tulooko se heti nyrkit pystys päälle vai eikö..”

”.. että jos rupiaa menemähän sinne aggressiivisuuden puolehen, kun me kuitenkin yksin pääsääntöisesti ollahan käynniillä, niin ehkä se on sitte kuitenkin se hankalin tapaus sitte aina..”

Asiakkaan haasteelliseen käyttäytymiseen liittyvänä aiheena haastatteluissa nousivat esiin myös asiakkaan mielialaongelmat. Hoitajat kertoivat kohdanneensa työssään pessimistisiä, ahdistuneita, apaattisia, masentuneita, yksinäisiä ja elämähallittomia asiakkaita.

”.. koetaan tavallansa niin ku meidänkin porukas ongelmaksi se ahdistuneisuus, että kun se on taas niin..ettei mikään mee perille ja ollahan vaan niin rauhaton tavallansa..”

”.. että kun muistiki täs ny menee, niin eihän täs ny voi enää elää..”

Vuorovaikutukseen liittyvänä ongelmana haastatellut kertoivat kokemuksiaan myös asiakkaan epäluuloisuudesta ja epäilemisestä. Moni hoitajista koki raskaana asiakkaan osoittaman luottamuksen puutteen, joka ilmeni suoraan hoitajalle kohdistuvana syyttämisenä tai epäilynä. Asiakas saattoi myös syyttää hoitajaa muille. Ongelmallisena koettiin myös se, jos hoitaja joutui asiakkaan epäilyjen takia tekemään suunniteltuja työtehtäviä vaillinaisesti tai luopumaan niiden tekemisestä kokonaan. Asiakas saattoi esimerkiksi epäillä hoitajan antavan vääriä lääkkeitä myrkytystarkoituksessa tai että hoitaja varastaa rahaa tai muuta asiakkaan omaisuutta. Yksi haastatelluista kertoi kotikäyntien muodostuneen mahdottomiksi asiakkaan puolison mustasukkaisuuden takia.

”.. jos sillä on vähäki sellaista epäilystä, että myrkytetähän tai pannahan vääriä lääkkeitä tai se pöllii hänen tavarootansa tuo ihminen, niin kyllä se aika haastava juttu on..”

”..jos tuloo se mustasukkaisuus, senhän mä oon kokenu kyllä karvahasti..”

”..yrittää parhaan mukaan seliittää, että ei, ei myrkytetä ja kaikki lääkkeet on tarpeellisia..”

”..että sellaanen siistiminen ei oo onnistunu, koska siinä aina vedotaan siihen, että te karotatta ja ryöstättä aina kaiken..”

Asiakkaan haasteelliseen käyttäytymiseen liittyvänä ongelmana osa hoitajista kertoi asiakkaan kieltäytyneen hoitotoimenpiteestä tai estäneen hoitajan toiminnan. Myös lääkehoidon toteuttamisessa oli koettu ongelmallisuutta, kun asiakas oli kokonaan kieltäytynyt ottamasta lääkkeitä tai lääkkeiden ottaminen oli siirtynyt seuraavaan kertaan.

”..vaikka päästääs pesulle, mutta ei saakaan vaihrettua vaatteeta..voi katastroofi..”

”..ne on mulla omas paikas ja antakaa niitten olla siinä omas paikas..”

”..joskus on sitte, että se vaan pitää jättää ottamatta ja toivoa, että seuraavalla kerralla menöö alaha (lääkkeet)..”

Vuorovaikutukseen liittyvänä ongelmana kahdessa haastattelussa mainittiin myös asiakkaan kielenkäyttö. Tämä ilmeni hoitajien kokemuksissa asiakkaan kiroiluna ja seksuaalisävytteisenä puheena.

”..ihan sellasta kiroolua..”

”..on tullut vastaan myös näitä seksuaaliväritteisiä puheita..”

Asiakkaan haasteelliseen käyttäytymiseen sisältyvänä ja vuorovaikutukseen liittyvänä ongelmana tuli esiin hoitajien kokema asiakkaan puutteellinen yhteistyökyky. Muutama haastatelluista hoitajista toi esiin hankaluudet hoitajan ja asiakkaan välisessä yhteistyössä. Tähän vaikutti asiakkaan kyvyttömyys ymmärtää ja noudattaa ohjeita. Haastatteluissa kävi ilmi myös joidenkin hoitajien huomioidut asiakkaan aloi-

tekyvyttömyydestä ja toisaalta siitä, että asiakas saattoi hoitajan ohjaamisesta huomatta touhuta aivan omiaan. Puutteellisen yhteistyökyvyn taustalla hoitajat näkivät myös asiakkaan ymmärtämättömyyden hoitajan näkökulmaan tai hoitolinjaukseen. Hoitajien mielestä asiakas ei aina ymmärtänyt, mikä hänelle oli parhaaksi.

”.. eikä välttämättä ymmärrä sitten sitä omaa parastaan, hoitajan näkökulmaa ja hoitolinjausta..”

”.. vaikka laittaa lapunki päälle, että älä koske pyykkikoneeseen, niin kyllä sitten koskee ja sammuttaakin ohjelman..”

”.. alootekyvyttömyys, kun se tauti on se, että vaikka ne meinaa ja meinaa, niin siitä ei tuu niin ku mitään..”

”.. teköövät sitä omaa touhuansa..”

7.1.2 Hoitajalähtöiset vuorovaikutusongelmat

Hoitajien tapa toimia oli eräs hoitajalähtöisistä vuorovaikutusongelmista. Haastateluissa tuli esiin hoitajien kokemus siitä, että heidän toimintatapaansa kohdistui erilaisia vaatimuksia. Vuorovaikutukseen liittyvinä ongelmina haastatellut hoitajat toivat esiin tekijöitä, joita sisältyy hoitajan ominaisuuksiin ja hänen toimintaansa erilaisissa hoitotilanteissa. Useat hoitajat kokivat, että voidakseen toimia onnistuneesti käytösoireisen muistisairaana kanssa, hoitajalta vaadittiin kekseliäisyyttä, neuvokkuutta, sitkeyttä ja itsehillintää. Hoitajalla tuli olla myös taitoa kuunnella asiakasta. Ongelmallisia tilanteita hoitajien mielestä syntyi, jos hoitaja lähestyi asiakasta kiireellä tai jos hoitajien toimintatavat olivat kovin epäyhtenäisiä.

Monen haastatellun hoitajan mielestä ongelmallisten vuorovaikutustilanteiden välttämiseksi ja niistä selviämiseksi hoitajan tuli osata sopeuttaa oma käyttäytymisensä kulloiseenkin tilanteeseen. Hoitajan täytyi myös osata toimia tilanteen mukaan. Ongelmallisena hoitaja saattoi kokea myös sen, että hänen piti toimia korostetun näkyvästi. Tähän liittyen hoitajan piti mielestään ylenmäärin selittää ja perustella esimerkiksi lääkehoitoa sekä hakea kompromissia hankalassa tilanteessa. Joskus

hoitaja tunsi joutuneensa puolustelemaan käyttäytymistään asiakkaalle tai perään-
tymään konkreettisesti asiakkaan luota.

Haastavien tilanteiden jälkeen osa haastatelluista kertoi joutuneensa spekuloidaan omaa toimintaansa. Moni käytösoireisten muistisairaiden kanssa työskentelevistä hoitajista joutui mielestään tekemään korostetun yksilöllistä hoitotyötä. Tämä ilmeni kuvailuna keskustelu- ja vuorovaikutustaitojen tärkeydestä. Hoitajat toivat esiin myös kokemuksensa siitä, että asiakas ja hänen hoitamisensa oli erityisen haasteellista. Asiakasta tuli hoitaa tietyllä tavalla.

Eräät haastatelluista hoitajista kokivat vuorovaikutuksen onnistumisen haasteellisenä. Muistisairaana asiakkaan kanssa keskustellessa hoitaja joutui keskittymään siihen, ettei hänen puheensa asiakkaalle ollut liian monimutkaista tai ettei hän selittänyt liian pitkästi. Yhteisymmärryksen löytyminen ja yhteistyö ei hoitajien mukaan aina ollut helppoa.

*”.. ei kannata heti luovuttaa, eikä ajatella, että en osannu tai jotain, sel-
laasta sitkeyttä..”*

”.. ja kaikilla olis se sama sävel, minkä mukahan mennähän..”

*”.. hakemalla kompromissia, että jos ei nyt tällä kertaa, niin mitäs, miltäs
tuntuus, jos sitte vaikka ylihuomenna mennä?..”*

*”.. toiset vaatii, että asiat käsitellään huumorilla, toiset ahdistuu siitä val-
tavasti..”*

”.. että pätkii sen puheen, vaikka asian pieniin osiin..”

Haastatteluissa tuli esiin vuorovaikutukseen liittyvinä ongelmina myös hoitajan uu-
puminen, joka ilmeni turhautumisena ja väsymisenä. Osa haastatelluista hoitajista
kuvaili turhautumisestaan asiakkaan jatkuvaan toisteluun sekä asiakkaan käytösoirei-
den vuoksi tapahtuvaan työtehtävänsä epäonnistumiseen. Hoitaja saattoi lisäksi vä-
syä siihen, että koki ammattitaitonsa olevan koetuksella.

”.. se levy, kun se alakaa pyöriä, niin kyllä se sama jankutus jollakin lailla vaan on..”

”.. se ottaa lähinnä niin ku omahan kunniahan, kun et saa tehtyä sovittua työtä..”

”.. hoitajat yrittää tsempata, välillä voi mennä, että nyt ei jaksakaan enää, voi sanua vähä ärhäkämmin..”

”..niiden kanssa joutuu kyllä välppäämään sen ammattitaitonsa kyllä melkosen koetukselle..”

Vuorovaikutukseen liittyvänä ongelmana eräässä haastattelussa tuli esiin hoitajan pelko. Hoitaja oli kokenut pelkoa tilanteissa, joissa asiakas käyttäytyi poikkeavan oudosti tai ei tunnistanut hoitajaa ihmiseksi.

”.. se, joka vaihtoo lukkoja, niin sitä mä pikkuusen pelekäsin..”

”..se piti jonakin ufoihimisenä, kun sinne meni, niin silloin mä pelekäsin sielä..”

Eräs hoitajista kuvasi vuorovaikutukseen liittyvänä ongelmana tilanteiden kehittymisen ennakoimattomuutta ja yleensä tilanteiden muuttumista varsinkin aggressiivisten asiakkaiden osalta. Toinen hoitaja koki hoitotyön toteutumisen suhteen ongelmana hoitajien vaihtumisen.

”.. tilanne voi olla käyntien välissä niin ku muuttunu niin, että se on ihan toinen, kun sä meet sinne..”

”.. olis kyllä ideaali näis muistisairais, ettei kovin moni hoitaja vaihtuusi..”

Taulukossa 1 kuvataan vuorovaikutukseen liittyviä ongelmia luokittain.

Taulukko 1. Vuorovaikutukseen liittyvät ongelmat

Alakategoriat	Yläkategoriat
<ul style="list-style-type: none"> • asiakkaan vastahankaisuus • asiakkaan aggressiivinen käytös • asiakkaan mielialaongelmat • asiakkaan epäileminen • asiakkaan kieltäytyminen • asiakkaan kielenkäyttö • asiakkaan lääkkeiden ottamattomuus • asiakkaan puutteellinen yhteistyökyky 	Asiakkaan haasteellinen käyttäytyminen
<ul style="list-style-type: none"> • hoitajalta vaaditut ominaisuudet • hoitajan toimintatavat • tilanteen mukaan toimiminen • yksilöllisen hoidon toteuttaminen • vuorovaikutuksen onnistumisen haastavuus 	Hoitajaan kohdistuvat vaatimukset
<ul style="list-style-type: none"> • hoitajan turhautuminen • hoitajan väsyminen 	Hoitajan uupuminen
<ul style="list-style-type: none"> • hoitaja pelkää asiakkaan käytöstä • hoitajan pelko, kun asiakas ei tunne 	Hoitajan pelko
<ul style="list-style-type: none"> • muuttuvat tilanteet 	Hoitotyön ennakoimattomuus

7.2 Orientaatioon ja hahmotukseen liittyvät ongelmat

Orientaatioon ja hahmotukseen liittyvänä ongelmana painottui huoli muistamattoman, epävarman, harhaisen ja desorientoituneen sekä sairautentunnottoman asiakkaan pärjäämisestä kotona. Hoitaja huolestui, kun asiakas ei muistanut sovittuja asioita tai ei muistanut syödä. Asiakkaan epätietoisuus ajasta, olinpaikastaan, henkilöistä ja yleensä tilanteesta huolestutti niin ikään hoitajaa, samoin havainnot asiakkaan harhoista. Muistisairas, sairautentunnoton asiakas vaikeutti yhteistyötä, mikä aiheutti hoitajan huolestumista. Hoitajat kantoivat huolta myös oman toimintansa oikeellisuudesta ja eettisyydestä.

7.2.1 Asiakkaan pärjääminen

Orientaatioon ja hahmotukseen sisältyen haastatellut hoitajat toivat esiin useita huolenaiheitaan ja kokemiaan ongelmia liittyen asiakkaan turvattomuuden tunteeseen ja yleiseen epätietoisuuteen. Asiakkaan kokema epävarmuus kotona pärjäämisestään kulminoitui jatkohoitopaikan odottamiseen. Ongelmallisina koettiin myös asiakkaan eläminen menneessä ajassa, hänen epätietoisuutensa ajasta, olinpaikastaan ja vuodenajasta sekä kyvyttömyytensä tunnistaa läheisiään tai hoitajaa tai erottaa sisä- ja ulkotilaa toisistaan.

”.. toisille tuloo se, että ne ei oo silti kotona, vaikka ne on..”

”.. ne omat lapset on kasvanu jo pieniksi ja niitä orotetahan, ja kuppia pöytähän..”

”.. kun ei enää tunnista niitä läheisiänsä, niin mitä mun on tänne tuotu ja mitä mä täälä oon?..”

”.. on tullu näitäkin, että on jätetty ovet auki, hyvä ettei meinattu kylymettyä tupahan..”

Orientaatioon ja hahmotukseen liittyvinä ongelmina ja uhkana asiakkaan kotona pärjäämiselle haastatteluissa mainittiin myös asiakkaan harhaisuus ja muistamattomuus sekä asiakkaan lähteminen kotoa. Hoitajan kohtaama asiakas saattoi kuulla ääniä tai nähdä henkilöitä. Eräs hoitaja huomautti havainneensa, että asiakkaan turvattomuuden tunne vaikutti harhojen lisääntymiseen. Harhojen lisäksi moni hoitaja toi esiin asiakkaan muistamattomuuden, jolloin asiakas oli unohtanut sovitun asian ja sen vuoksi saattoi ihmetellä hoitajan saapumista. Asiakas saattoi myös unohtaa syödä. Hoitajat toivat esiin myös asiakkaan lähtemisen itsekseen pois kotoa, joka muodostui ongelmaksi, kun asiakkaalla oli vaikeuksia orientaatioissa tai hahmotuksessa. Hoitajat kantoivat yleisesti huolta asiakkaan psyykkisestä tilasta ja hänen selviämistään kodin ulkopuolella.

”.. joku kuuluo niitä ääniä..”

”.. miehiä, miehiä on monta kertaa..”

”.. tälläänen turvattomuuski ruokkii niitä luuloja vielä enee..”

”.. se on se lapsuuren koti, mihinkä ruvetahan kaarastamahan..”

7.2.2 Hoitajan epävarmuus ammattieettisyydestään

Haastatteluissa ilmeni hoitajan tuntema vastuu asiakkaasta ja työstä. Orientaatioon ja hahmotukseen liittyvinä ongelmina tulivat esiin huolestuminen asiakkaan syöttämättömyydestä, lähtemisestä ulos ja paleltumisesta. Lisäksi ilmeni huoli siitä, että asiakasta oli vaikea palauttaa reaaliaikaan.

”.. eihän se nyt oo syöny koko päivänä..”

”.. murehrin talvella, ettei kukaan vaan lähäre pihalle ja sinne palellu..”

”.. tavallansa ku hankalaa saara niitä siihen nykyhetkeen..”

Orientaatioon ja hahmotukseen liittyvät ongelmat aiheuttivat hoitajalle herkästi riittämättömyyden kokemuksia. Harhaisen asiakkaan kohtaaminen tuotti osalle haastatelluista neuvottomuuden ja avuttomuuden tunteita; asiakkaan harhat voivat johdattaa siihen, että työ koettiin vaikeaksi jopa niin, että tilanne haluttiin tietyllä tavalla sivuuttaa.

”.. ne ei oo kyllä mitään heleppoja paikkoja (asiakkaan harhojen kohtaaminen)..”

”.. mä kyllä mielellään ihan vaikka ohitan sen kohoran (asiakkaan harhojen kohtaaminen)..”

Osa haastatelluista hoitajista vaikutti asettavan itselleen korkean vaatimustason. Hoitaja saattoi kyseenalaistaa toimintaansa tarkastellen osaamistaan ja toimintatapaansa sekä pohtien eettisiä kysymyksiä. Ongelmallisen tilanteen jälkeen hoitaja voi myös arvostella itseään ja tapaa, jolla oli tilanteen hoitanut.

”.. rupiaa ajattelemahan, että mitä mun olis pitäny teherä..”

”.. olisko pitäny saara se sieltä pois, miksemmä huomannu..”

”.. en mä tierä, onko se sitte niin eettisesti oikeen, mutta roppu ruuvatahan irti, ettei pääse hella päälle, ettei polta ja pala koko tuvan kans..”

Taulukossa 2 kuvataan orientaatioon ja hahmotukseen liittyviä ongelmia luokittain.

Taulukko 2. Orientaatioon ja hahmotukseen liittyvät ongelmat

Alakategoriat	Yläkategoriat
<ul style="list-style-type: none"> • asiakkaan turvattomuuden tunne • asiakkaan epätietoisuus tilanteesta 	Asiakkaan epävarmuus kotona pärjäämisestään
<ul style="list-style-type: none"> • asiakkaan harhat • asiakkaan muistamattomuus • asiakkaan sairaudentunnottomuus • asiakkaan lähteminen itsekseen pois kotoa 	Asiakkaan kotona pärjäämisen riskialttius
<ul style="list-style-type: none"> • hoitajan huoli asiakkaan pärjäämisestä 	Hoitajan kokema vastuu työstään
<ul style="list-style-type: none"> • hoitajan riittämättömyyden kokemus • hoitajan asettama korkea vaatimustaso itselleen 	Hoitajan kokema voimavarojen riittämättömyys

7.3 Toiminnanohjaukseen liittyvät ongelmat

Haastatteluisissa hoitajat kuvasivat esiin tulleita ongelmia toiminnanohjaukseen liittyen. Osa hoitajista oli sitä mieltä, että toiminnanohjauksen tuloksellisuutta hankaloitti asiakkaan epärealistisen positiivinen käsitys omista kyvyistään, vaikka todellisuudessa hänen toimintakykynsä oli laskenut. Tämä vaikutti siihen, että hoitajan piti työskennellessään turvata ja varmistaa asiakkaan perushoidon toteutuminen. Monella hoitajalla oli myös kokemuksia asiakkaan kanssa tehtävän yhteistyön toimimattomuudesta ja sen myötä epävarmuuden tunteita suunnitellun hoidon toteutumisen suhteen.

7.3.1 Asiakkaan kotona pärjäämisen haasteellisuus

Hoitajat kokivat asiakkaan kotona pärjääminen haasteellisena, koska käytösoireisen asiakkaan arjen sujumisen katsottiin heikentyneen. Toiminnanohjaukseen liittyvinä ongelmina hoitajien haastatteluista voitiin poimia asiakkaan toimintakyvyn laskeamiseen sisältyviä tekijöitä. Hoitajilla oli kokemuksia siitä, että älyllisen kapasiteetin laskun takia asiakas tarvitsi jatkuvaa ohjausta, mutta ohjauksesta huolimatta hän ei osannut pukeutua, ottaa lääkkeitään tai käyttää laitteita. Asiakas saattoi myös lähteä hoitotilanteesta pois.

”..ku käsköö pukia, niin ei osata pukia..”

”..ei vaan hoksottimet pelaa enää..”

”.. karkas pihalle, eikä saanu pesulle sitte..”

”.. ne on jopa voinu unohtaa rarion käytön..”

”.. koko aijan pitää niin ku sanua, että nyt tuut tähän ja syöt ja sitte, että nyt vois sitä ja tätä, ja pitää kyllä pökkiä..”

Toiminnanohjausta vaikeutti joidenkin hoitajien mukaan myös asiakkaan usko siihen, että hänellä itsellään oli kykyä ja taitoa suoriutua itsenäisesti erilaisista toiminnoista, vaikka hoitaja näki ajatuksen epärealistisena ja piti asiakkaan ohjausta tarpeellisenä. Lisäksi haastatteluissa tuli esiin toiminnanohjaukseen liittyvänä ongelmana asiakkaan vastustelu hoitotoimenpiteessä.

”.. ne edelleen pitää, että kyllä mä itte pystyn..”

”.. se vaan, että ei sinne tartte ja pisti tivihisti jalakaa maahan..”

Toiminnanohjaukseen liittyvänä ongelmana haastatteluissa tuli esiin myös asiakkaan tarve hoitajan tukeen perustoimintojen onnistumiseksi. Asiakas ei suoriutunut esimerkiksi riisuutumista ilman hoitajan ohjausta ja valvomista sekä konkreettista vierellä olemista. Samoin wc-käynnistä selviytyäkseen asiakas saattoi tarvita hoita-

jan avustamista ja sanallista opastusta. Usein myös laitteiden käyttäminen oli asiakkaalle vaikeaa ja hoitaja käytti niitä asiakkaan puolesta. Haastatteluissa ilmeni hoitajan hyväksyvä suhtautuminen asiakkaan toimintakyvyn laskuun, jolloin hoitaja katsoi, ettei muistisairaalta asiakkaalta voinut vaatia samoja asioita kuin terveeltä, ja asiakkaan ohjaaminen oli hoitajalle itsestäänselvyys.

”.. siihen pitää jäärä vierehen, että otetahan sukat pois..”

”..sitte, että nyt mennähän tuonne vessaan..”

”.. kattella oikia kanava ja mä tapaan panna niin, että vaan se volumenappi ja siitä auki ja kiinni..”

”.. jos meet sillä asenteella, että nyrkkiä pöytään, että nyt näin tehdään peruspohjajalaasella asenteella, niin se ei kyllä toimi..”

”.. eikä vaadita tietenkään sen enempää, mitä ne niin ku pystyy..”

7.3.2 Hoidon toteutumisen ongelmat

Haastatteluissa nousi esiin hoitajan huoli ohjauksen onnistumisesta ja suunnitellun hoidon toteutumisesta. Hoitaja koki, että ohjatessaan hänen piti laittaa itsensä ”liikoon” ja valmistella asia perusteellisesti asiakkaalle, mitä ei hoitajan mielestä aina osattu tehdä. Epävarmuutta toi ajatus siitä, että asiakasta oli mahdoton valvoa jatkuvasti, jolloin suunniteltu hoito saattoi jäädä toteutumatta. Oli myös tilanteita, jolloin hoitajan oli pakko jättää asia sikseen ja jäädä epävarmuuteen ohjeistuksensa ymmärrettävyydestä. Hoitaja kantoi huolta myös hoidon jatkuvuudesta.

”.. sillen kyllä pitää laittaa ittensä ihan todella niin kun likoon..”

”..että jota ei meinannu saara tehtyä, niin piti aina lähtiä hirviän kaukaa ja vierä se asia..”

”.. ei osata mennä rauhallisesti sen ihmisen luo ja siihen tilanteeseen ja alustaa sitä..”

”.. kerta kaikkiaan yrityksistä huolimatta, niin on jouduttu toteamaan, että asia saa jäädä näin..”

”.. teinkö mä varmasti ja esitinkö mä tän asian varmasti niin, että olisinko mä itte ymmärtäny sitä?..”

Taulukossa 3 kuvataan toiminnanohjaukseen liittyviä ongelmia luokittain.

Taulukko 3. Toiminnanohjaukseen liittyvät ongelmat

Alakategoriat	Yläkategoriat
<ul style="list-style-type: none"> • asiakkaan toimintakyvyn lasku • asiakkaan epärealistisuus kykyjensä suhteen 	Asiakkaan arjen sujumisen heikentyminen
<ul style="list-style-type: none"> • hoitajan varmistettava asiakkaan perustoimintojen toteutuminen 	Asiakas ei pärjää kotona ilman hoitajan tukea
<ul style="list-style-type: none"> • suunnitellun hoidon toteutumisen kyseenalaisuus 	Epävarmuus hoitotavoitteiden toteutumisesta

8 POHDINTA

Tässä luvussa tarkastellaan tutkimuksen tuloksia, tutkimuksen eettisiä kysymyksiä, tutkimuksen luotettavuutta sekä johtopäätöksiä ja jatkotutkimusehdotuksia.

8.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa tietoa siitä, millaisia ongelmia kotihoidon hoitajat kohtaavat hoitaessaan käytösoireisia muistisairaita asiakkaita. Tutkimukseen osallistuvia hoitajia pyydettiin kuvailemaan vuorovaikutukseen, orientaatioon ja hahmotukseen sekä toiminnanohjaukseen liittyviä ongelmia. Eniten ongelmakuvauksia saatiin vuorovaikutukseen liittyvistä ongelmista ja toiseksi eniten toiminnanohjaukseen sisältyvistä ongelmista. Orientaatiota ja hahmotusta koskevia ongelmatilanteita hoitajat kuvasivat vähiten.

Muistisairaana asiakkaan ja hoitajan välisessä vuorovaikutuksessa hoitajat kokivat ongelmallisuutta asiakkaan haasteellisen käyttäytymisen takia, johon nivoutui hoitajan hoitamisen tapa ja kyky soveltaa toimintaansa asiakkaan ja tilanteen mukaan.

Hoitajat kokivat muistisairaana asiakkaan kanssa työskennellessään vaatimuksia omien ominaisuuksiensa suhteen. Vuorovaikutus vaati hoitajien mielestä hoitohenkilökunnalta erityisiä ominaisuuksia, kuten kekseliäisyyttä, neuvokkuutta, sitkeyttä ja itsehillintää. Hoitajalla tuli olla myös taitoa kuunnella asiakasta.

Lisäksi hoitohenkilökunnan toimintatapoihin kohdistui hoitajien mielestä erityisiä vaatimuksia, jolloin osa hoitajista koki ammattitaitonsa olevan koetuksella. Hoitajat kokivat, että hoitaessaan käytösoireisia muistisairaita asiakkaita heidän tuli osata toimia nopeastikin muuttuvissa tilanteissa sekä toteuttaa korostetun näkyvää ja yksilöllistä hoitotyötä. Myös Suontaka-Jamalainen (2011,54) toteaa tutkimuksessaan, että käytösoireisen muistisairaana hoitaminen vaatii hoitajalta erityisosaamista ja hyviä vuorovaikutustaitoja. Hoitajalta edellytetään paitsi tietoa ja taitoa, myös luovuutta, positiivista asennetta, pitkäjänteisyyttä ja uskoa näiden hyödyllisyyteen. Isola ym. (2005, 148) ovat saaneet samankaltaisia tuloksia, joista käy ilmi, että hoi-

tajat käyttivät edistyksellisiä hoitotyön toimintoja kohdatessaan käytösoireisia, dementoituvia potilaita. Näihin toimintoihin kuuluivat luovuuden, huumorin ja ihmisenä olemisen hyödyntäminen. Hoitajat myös perustelivat, vakuuttivat ja ohjasivat, sekä muokkasivat ympäristöä. Haasteellista käyttäytymistä myös ennaltaehkäistiin, siihen mentiin mukaan ja ohjattiin muistisairaahan huomio muualle. Saarnion ja Isolan (2010,323-329) toteamukset tutkimuksessaan olivat vastaavanlaisia. Hoitajien mukaan haasteellisista tilanteista selviämiseen käytettiin persoonallista, intuitiivista, eettistä sekä ammatillista toimintatapaa.

Elorannan (2012) tutkimuksessa kotihoidon asiakkaat yleensä kokivat kuitenkin tyytymättömyyttä hoitajilta saadun psykososiaalisen tuen saamisessa. Eloniemi & Savikko (2012,113) tuovat esiin näkemyksensä hyvinvoinnin tarpeiden huomioimisen sekä asiakaslähtöisesti suunnitellun hoidon merkityksellisyydestä muistisairasta hoidettaessa.

Asiakkaan käytösoireiden huomioiminen ja niiden mukaan toimiminen aiheutti hoitajien väsymistä ja turhautumista sekä joissakin tilanteissa pelkoakin. Toisaalta hoitajan työuupumus voi aiheuttaa muistisairaahan ihmisen käytösoireiden lisääntymistä (Eloniemi-Sulkava 2008). Ongelmat vuorovaikutustilanteissa johtivat toisinaan siihen, että hoitajat kokivat suunnitellun hoitotyön epäonnistuneen. Silfverin ym. (1993,101, 107) tekemässä tutkimuksessa hoitajat kokivat hankalina sekavat, muistamattomat, yhteistyökyvyttömät ja levottomat potilaat.

Muistisairaahan asiakkaan orientaatio- ja hahmotusvaikeudet aiheuttivat hoitajille huolta asiakkaan kotona pärjäämisestä. Muistisairas asiakas saattoi tietoisesti ilmaista hoitajalle kokemansa turvattomuuden tunteen omasta pärjäämisestään. Hoitaja havainnoi itse myös asiakkaan epätietoisuutta ajasta, paikasta, henkilöstä ja tilanteesta sekä asiakkaan sairautentunnottomuutta. Tähän liittyen Lehtiranta ym. (2014, 118-119) luettelevat tutkimuksessaan muistisairaahan henkilön turvallisuuteen vaikuttavia riskitekijöitä, jotka myös jouduttavat hänen joutumistaan laitoshoidon. Riskitekijöinä mainitaan muistisairaahan liikkumisen ongelmat, muistisairaahan pärjäämättömyys kotona, muistisairaahan harhailu ja eksyminen sekä rajoitukset päivittäisissä toiminnoissa. Turvallisuuteen kytkeytyen myös Erkinjuntti ja Huovinen

(2008, 182) toteavat artikkelissaan, että käytösoireiden takia muistisairaahan ihmisen tapaturmariski kasvaa, samoin vaara joutua pahoinpidellyksi tai pahoinpitelijäksi.

Hoitaessaan muistamatonta, harhaista ja kotoaan yksinään lähtevää asiakasta hoitajat kokivat suurta vastuuta tämän turvallisuudesta. Osa hoitajista asetti korkeita vaatimuksia itselleen sekä koki riittämättömyyden tunteita. Lotvosen ym. (2014, 208-209) tutkimuksessa esitetään edellä mainittuja hoitajien näkemyksiä myötäillen, että muistisairas, jolla ei ole auttavia läheisiä, vaatii ammattihenkilöiltä erityistä yksilöllisen elämän ymmärtämistä ja tarpeiden havaitsemista. Lisäksi tutkimuksessa todetaan, että avun tarve lisääntyy muistisairauden edetessä, mutta sairastuneen kyky hankkia sitä vähenee.

Muistisairaahan asiakkaan toiminnanohjausta koskien hoitajilla oli kokemuksia siitä, että asiakkaan selviytyminen arkitoiminnoistaan heikentyi toimintakyvyn laskun vuoksi. Asiakas saattoi kuitenkin omasta mielestään selviytyä ilman apua, mikä hoitajan mielestä oli epärealistinen ajatus. Moni hoitaja toi esiin kokemuksiaan siitä, että ilman ohjausta asiakas ei yksin pärjännyt arkipäivän toiminnoissaan, vaan niiden onnistumiseksi hoitajan oli usein aivan konkreettisesti oltava asiakkaan vieressä varmistamassa toimintaa. Myös tällä osa-alueella hoitajat toivat esiin epävarmuuden hoitotavoitteiden toteutumisesta. Mönkäreen (2014, 90-91, 95) näkemyksen mukaan muistisairaahan ihmisen toiminnanohjaus perustuu läheisen tai hoitajan toimintaan yhdessä muistisairaahan kanssa. Toiminnanohjauksen ongelmat johtuvat usein sairastuneen spontaaniuden, tavoitetietoisuuden ja aloitekyvyttömyyden vähenemisestä. Keskittymisen ja kokonaisuuksien ymmärtämisen vaikeudet aiheuttavat osaltaan toiminnanohjaukseen liittyvää ongelmallisuutta, kuten myös monivaiheisen toiminnan hankaluudet. Ohjaamisessa tulisi hahmottaa, mitä muistisairas itse kokee ja haluaa kulloisessakin tilanteessa. Saarnion ja Isolan (2010, 323-329) tutkimuksessa tuotiin niin ikään esiin ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen eettisenä toimintatapana.

8.2 Tutkimuksen eettiset kysymykset

Tutkimuksen lähtökohtana on ihmisarvon kunnioittaminen, johon liittyy läheisesti tutkimukseen osallistuvien itsemääräämisoikeus. Tutkimukseen osallistumisen tulee olla aidosti vapaaehtoista ja tutkimuksessa on huomioitava oikeudenmukaisuus sekä tutkimukseen osallistuvan anonymiteetti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009,25; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 219, 221.)

Kaikille Ylistaron kotihoidon työntekijöille tiedotettiin kyseessä olevasta tutkimuksesta yhteisessä kuukausipalaverissa sen jälkeen, kun opinnäytetyön tekijä oli saanut tutkimusluvan kohdeorganisaatiolta. Tilaisuudessa kerrottiin muun muassa tutkimuksen vapaaehtoisuudesta, haastattelujen nauhoittamisesta ja tulosten käyttötaroituksesta. Tutkimuksesta tiedotettiin myös kirjallisesti saatekirjeellä. Tutkimukseen ilmoittautuneet kuusi työntekijää saivat kaikki osallistua tutkimukseen. Koska työyhteisö oli kooltaan pieni ja joitakin ammattinimikkeitä edusti vain yksi henkilö, päädyttiin siihen, että osallistujien anonymiteetin toteutumisen varmistamiseksi heidän koulutustaan tai ammattiaan ei tuotu julki. Samasta syystä jätettiin julkaisematta ikää ja työkokemuksen pituutta koskevat tiedot. Nauhoitettu tutkimusaineisto säilytettiin tietokoneen tiedostossa salasanalla suojattuna ja litteroidussa aineistossa haastateltujen nimet korvattiin numeroinnilla ja aineisto säilytettiin lukitussa tilassa. Tutkimuksen julkaisun jälkeen nauhoitetut ja litteroidut haastattelut tuhoataan asianmukaisesti.

Haastatteluihin osallistuneet työntekijät olivat opinnäytetyöntekijälle tuttuja, mikä aiheutti pohdintaa eettisyyden kannalta. Tutulle haastattelijalle voi haastateltavan olla helppo kuvailla kokemuksiaan. Toisaalta osa kokemuksista voi jäädä kertomatta juuri sen takia, että haastattelija on liian tuttu. Haastattelutilanne ja henkilöiden välisen vuorovaikutuksen laatu saattavat vaikuttaa siihen, millaista tietoa haastattelija saa.

8.3 Tutkimuksen luotettavuus

Kaikissa tutkimuksissa pyritään tehdyn tutkimuksen luotettavuuden arviointiin (Hirsjärvi ym. 2009, 231). Tässä tutkimuksessa tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuuden katsottiin tulleen näytetyksi, kun haastatteluihin osallistuvat ilmoittautuivat opinnäytetyön tekijälle saatuaan sitä ennen suullisen ja kirjallisen informaation tutkimuksesta. Tutkimuksen kohderyhmä oli pieni, joten tutkimuksen tuloksia ei voi yleistää. Toisaalta laadullisessa tutkimuksessa tulosten yleistettävyys tai tutkimusaineiston suuri määrä ei ole merkittävä asia, kun tutkimuksessa pääpaino on haastateltavien omilla kokemuksilla (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 67).

Haastattelutilanteissa keskustelu eteni vapaamuotoisesti suureksi osaksi haastateltavien ehdoilla. Kaikkiin tutkimuskysymyksiin ei paneuduttu yhtä syvästi jokaisen haastateltavan kohdalla, vaan haastateltava sai tuoda esiin kokemuksiaan omien, senhetkisten tuntemusten mukaan. Tutkimuksen tekijän kokemattomuus haastattelijana saattoi vaikuttaa myös siten, että joidenkin aiheiden käsittely jäi aiottua pinnallisemmaksi.

Tutkimusaineiston analysointivaiheessa tehdyssä aineiston luokittelussa tutkimusaineistosta esiin tuoduista, kolmeen tutkimuskysymykseen pohjautuvista ilmaisista etsittiin niiden keskinäisiä samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Samaa merkitsevät ilmaisut ryhmiteltiin samaan kategoriaan, joka nimettiin sisältöä kuvaavasti. Ilmaisujen ryhmittely ja kategorioiden nimeäminen siten, että kaikki siihen ryhmään kuuluvaksi katsotut ilmaisut sijoittuisivat loogisesti ja luontevasti tämän saman otsikon alle, olivat ajoittain ongelmallisia toteuttaa. Ilmaisujen sisällön pohjittaminen vaati aikaa ja syventymistä samoin kuin kategorioiden nimeäminen. Epäilemättä luokitteluun vaikuttaa aina jonkun verran luokittelijan oma näkemys kyseessä olevasta asiasta, mutta opinnäytetyöntekijä pyrki kuitenkin vilpittömästi noudattamaan luokittelun periaatteita.

Opinnäytetyön aihe oli tekijälle tuttu, joten käytösoireisten muistisairaiden asiakkaiden hoitamiseen liittyvistä ongelmista oli omakohtaisia kokemuksia. Tutkimusta tehdessä opinnäytetyöntekijällä oli kuitenkin tietoinen pyrkimys keskittyä vain

haastateltavien kokemuksiin ja jättää omat mielipiteet ja kokemukset taka-alalle. Toisaalta haastattelutilanteen vapaamuotoisuuden, kuten myös osapuolten vuorovaikutuksen välittömyyden ja haastateltavan sekä aiheen tuttuuden johdosta myös opinnäytetyöntekijän näkemykset saattoivat vaikuttaa kertyneeseen tutkimusaineistoon.

Tutkimuksen tuloksia selvitettäessä on tuotu esiin suoria lainauksia haastatteluissa ilmi tulleista kokemuksista. Tämä lisää osaltaan tutkimuksen luotettavuutta.

8.4 Johtopäätöksiä

Tämän tutkimuksen tuloksista voidaan päätellä, että kotihoidon hoitajat kohtaavat moninaisia ongelmia käytösoireisten muistisairaiden kanssa työskennellessään. Osa ongelmista koetaan asiakaslähtöisiksi ja osa hoitajista itsestään johtuviksi. Käytösoireinen asiakas koetaan usein haastavaksi ja hoitajat joutuvat käyttämään ammattitaitoaan laajasti. Tutkimuksesta käy myös ilmi, että hoitajat kokevat vastuuta muistisairaasta asiakkaastaan. Hoitajat kantavat huolta asiakkaan turvallisuudesta ja kotona pärjäämisestä sekä pohtivat omia kykyjään ja ammattitaitoaan suhteessa muistisairaahan hyvään hoitoon ja turvalliseen kotona pärjäämiseen.

Muistisairas asiakas kotihoidossa asettaa aina erityisvaatimuksia hoitotyölle. Käytösoireista kärsivä muistisairas asiakas lisää vielä entisestään työn kuormittavuutta. Käytösoireiden vähentämiseen tähtäävät toimenpiteet ja toimintatavat parantavat sekä asiakkaan, läheisen että hoitohenkilökunnan elämänlaatua. Muistisairaahan käytösoireiden esiintyvyyteen ja niiden voimakkuuteen voidaan osaltaan vaikuttaa kouluttamalla hoitohenkilökuntaa muistisairauksista ja niiden hoitamisesta. Käytösoireiden lääkkeetöntä ja lääkkeellistä hoitoa voidaan kotihoidossa toteuttaa, mutta aiheeseen liittyvää koulutusta tarvitaan.

Muistisairaahan, käytösoireisen asiakkaan onnistunut hoitotyö vaatii hoitotyöntekijöiltä aikaa, mihin liittyy myös hoitotyön turvallisuus ja inhimillisyys. Sekä hoitajan että asiakkaan kannalta käytösoireisen muistisairaahan asiakkaan hoitotyön laatua pa-

rantaa, kun hoitaja on asiakkaalle tuttu ja toimintatavat hoitajien kesken ovat yhteisiä. Tähän voidaan vaikuttaa lisäämällä hoitajien välistä yhteistyötä sekä organisoimalla työtä niin, että muistisairaana luona käyvä hoitaja ei vaihtuisi kovin usein.

Kotikäynneillä hoitaja työskentelee yleensä yksin, mutta tietyissä tapauksissa kotikäynneillä tulisi olla myös mahdollisuus parityöskentelyyn, jos asiakkaana on esimerkiksi aggressiivinen henkilö. Työhyvinvointia ajatellen hoitajan asiakasta kohtaan tuntema pelko on uhka hoitajan työssäjaksamiselle. Työuupumus puolestaan aiheuttaa sairauslomia ja sen myötä lisäkustannuksia työnantajalle. Hoitajien työhyvinvointiin panostaminen esimerkiksi lisäämällä henkilöstöä, koulutusta ja muita resursseja tukee työntekijän työssäjaksamista, jolloin siitä hyötyvät niin asiakas, hoitaja kuin myös työnantaja.

Muistisairaiden asiakkaiden määrä kotihoidossa tulee lisääntymään. Käyttösoireisia muistisairaita kohtaavat hoitotyöntekijät pohtivat paljon oman toimintansa eettisyyttä. Muistisairauksiin ja muistisairaiden ihmisten hoitamiseen liittyvän koulutuksen lisäksi myös hoitotyön eettisiä kysymyksiä käsittelevä koulutus sekä työnohjaus voidaan nähdä hyödyllisinä keinoina hoitajien työhyvinvointia ajatellen.

8.5 Jatkotutkimusehdotuksia

Tämän opinnäytetyön pohjalta voisi tutkia, millaista tukea hoitajat kaipaavat hoitaessaan käyttösoireisia muistisairaita ja millainen käsitys hoitajilla on omasta ammattitaidostaan muistisairaiden hoidossa.

LÄHTEET

Burakoff, K. 2015. Muistisairaus vaikuttaa vuorovaikutukseen. Kehitysvamma-liitto. Viitattu 8.3.2015. <http://papunet.net/tietoa/muistisairaus-vaikuttaa-vuorovai-kutukseen>

Eloniemi-Sulkava, U., Juva, K. & Mäkelä, M. 2006. Dementiapotilaan kotihoito. Teoksessa Muistihäiriöt ja dementia, 522-533. 2.uud.p. Toim. Erkinjuntti, T., Al-hainen, K., Rinne, J. & Soininen, H. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Eloniemi-Sulkava, U. 2008. Käytösoireisen muistisairaahan ihmisen hyvinvoinnin ja mielenterveyden tukeminen. Luento. Pidetty Helsingissä 13.3.2008. Viitattu 23.11.2014. http://www.thl.fi/attachments/rai/2008/Kaytosoireisen_muistisai-raan_ihmisen_hyvinvoinnin_ja_mielenterveyden_tukeminen_13032008.pdf

Eloniemi - Sulkava, U. 2010. Muistisairaahan ihmisen toimintakyvyn laaja-alainen tukeminen käytännön hoitotyössä. Luento. 23.4.2010. Lapua.

Eloniemi-Sulkava, U. 2011. Muistisairaahan ihmisen tarvelähtöinen hoidon koko-naisuus – Kuinka vastaan muistisairaahan ihmisen tarpeisiin hoidossa? Memo. Verk-kolehti. 4/2011. Viitattu 27.4.2014. <http://www.muistiasiantunti-jat.fi/memo.php?&udpview=read&src=db25114&sid=136&issue=2011-04>

Eloniemi- Sulkava, U. & Savikko, N. 2011. Pohdinta ja johtopäätökset. Teoksessa MielenMuutos muistisairaiden ihmisten hoidossa, 105-113. Toim. Eloniemi-Sul-kava U. & Savikko, N. Helsinki. Vanhustyön keskusliitto.

Eloranta, S., Arve, S., Viitanen, M., Isoaho, H. & Routasalo, P. 2012. Ikäihmisen psyykkinen hyvinvointi ja psykososiaalisen tuen toteutuminen kotihoidossa. Hoi-totiede. 24, 1, 15-24. Kuopio. Hoitotieteiden tutkimusseura HTTS ry.

Eloranta,S., Arve, S & Routasalo, P. 2009. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö – avain iäkkään asiakkaan kotona asumisen tukemiseen. Gerontologia. 23, 3, 2009. Jyväskylä. Kasvun ja vanhenemisen tutkijat ry.

Erkinjuntti, T. 2010. Dementian käsite. Teoksessa Muistisairaudet, 86-90. 1.p. Toim. Erkinjuntti, T, Rinne, J. & Soininen, H. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Erkinjuntti, T. & Huovinen, M. 2008. Kun muisti pettää. 3. p. Porvoo. WSOY.

Finne-Soveri, H., Heikkilä, R., Hammar, T., Saarikalle, K., Andreasen, P., Mäkelä, M., Sohlman, B., Asikainen, J. & Noro, A. 2014. Muistisairaudet vanhuspalveluis-sa. Vanhuspalvelulain 980/2012 toimeenpanon seuranta. Tilanne ennen lain voi-maantuloa vuonna 2013, 31-36. Raportti. Toim. Noro, A. & Alastalo, H. Tampe-re. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Hallikainen, M. 2014. Muistisairaudet, niiden yleisyys ja ehkäisyn mahdollisuudet. Teoksessa Muistisairaahan kuntouttava hoito, 13-14. 1. p. Toim. Hallikainen, M., Mönkäre, Riitta., Nukari, T., & Forder, M. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15.-16. p. Helsinki. Tammi.
- Iharvaara, O. 2013. Esimies tukijana ja kannustajana muutosprosessin johtamisessa – vanhusten kotihoidon hoitajien kokemukset. Pro gradu-tutkielma. Terveystieteiden yksikkö. Tampereen yliopisto.
- Isola, A., Backman, K., Saarnio, R. & Paasivaara, L. 2005. Hoitotyön edistykselliset toiminnot haasteellisen käyttäytymisen kohtaamisessa dementoituvan potilaan hoidossa. *Hoitotiede*. 17, 3, 148. Kuopio. Hoitotieteiden tutkimusseura HTTS ry.
- Juva, K. 2013. Alzheimerintauti. *Terveyskirjasto*. Viitattu 28.9.2014. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00699#s3
- Jäntti, P. 2012. Muistisairauksien koko kuva. Luento. Kemijärvi. Pidetty 27.11.2012. Viitattu 15.11.2014. <http://www.sosiaalikollega.fi/hankkeet/pakaste2/lappi/juurruttaminen/vanhusty/geriatriin-kehittava-asiakasty/muistipotilaan-kaytosoireet-laakehoidon-mahdollisuudet-27.11.2012-kemijarvi>
- Kan, S. & Pohjola, L. 2012. Erikoistu vanhustyöhön. 3. p. Helsinki. Sanoma Pro Oy.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uud.p. Helsinki. Sanoma Pro Oy.
- Koponen, H. 2010. Muistisairauden käytösoireiden hoito. *Terveyskirjasto*. Viitattu 10.3.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix00524#s1
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede*. 11,1, 3-12. Kuopio. Hoitotieteiden tutkimusseura HTTS ry.
- Käypä hoito 2010. Muistisairaudet. Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykiatrian Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Viitattu 13.3.2014. <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksentaytaartikkeli/.../hoi50044>
- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*, 24. 2. uud.p. Toim. Janhonen, S. & Nikkonen, S. Helsinki. WSOY.
- Lehtiranta, S., Leino-Kilpi, H., Koskenniemi, J., Jartti, L., Hupli, M., Stolt, M. & Suhonen, R. 2014. Muistisairaahan henkilön kotoa laitoshoitoon siirtymistä jouduttavat tekijät. *Hoitotiede*. 26,2,113-114. Kuopio. Hoitotieteiden tutkimusseura HTTS ry.

Lotvonen, H., Rosenvall, A. & Nukari, T. 2014. Tukipalvelut muistisairaana kotona asumiseen. Teoksessa Muistisairaana kuntouttava hoito, 208-209. 1.p. Toim. Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki

Muistiliitto 2013. Hoito ja kuntoutus Viitattu 13.3.2014. <http://www.muistiliitto.fi/fi/muisti-ja-muistisairaudet/hoito-ja-kuntoutus/>

Muistiliitto. 2013. Dementia. Viitattu 19.10.2014. <http://www.muistiliitto.fi/fi/muisti-ja-muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/dementia/>

Muistiliitto. 2014. Muistisairauteen liittyviä turvallisuusriskejä. Viitattu 15.3.2015. <http://www.muistiliitto.fi/fi/muisti-ja-muistisairaudet/turvallisuus/turvallisuusriskejä/>

Mönkäre, R. 2014. Muistisairaana ohjaamisen hyvät käytännöt. Teoksessa Muistisairaana kuntouttava hoito 91- 94. 1. p. Toim. Mönkäre, R., Hallikainen, M., Nukari, T. & Forder, M. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Mönkäre, R. 2014. Muistisairaana ohjaamisen periaatteet. Teoksessa Muistisairaana kuntouttava hoito 90-91. 1. p. Toim. Mönkäre, R., Hallikainen, M., Nukari, T. & Forder, M. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Mönkäre, R. 2014. Vuorovaikutus muistisairaana kohtaamisessa ja ohjaamisessa. Teoksessa Muistisairaana kuntouttava hoito, 94-95. 1. p. Toim. Mönkäre, R., Hallikainen, M., Nukari, T. & Forder, M. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Mönkäre, R., Hallikainen, M., Nukari, T. & Forder, M. 2014. Kuntoutumisen merkitys ja lähtökohdat muistisairaudessa. Teoksessa Muistisairaana kuntouttava hoito, 8-9. 1. p. Toim. Mönkäre, R., Hallikainen, M., Nukari, T. & Forder, M. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Remes, A. 2014. Otsa-ohimolohkorapeumien aiheuttama muistisairaus. Teoksessa Muistisairaana kuntouttava hoito 281-285. 1.p. Toim. Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. Porvoo. Kustannus Oy Duodecim.

Risikko, P. 2012. Suomen varauduttava paremmin väestön ikääntymiseen. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Viitattu 14.11.2014. <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1833202>

Saarnio R. & Isola, A. 2010. Hoitajien kokemuksia haasteellisesti käyttäytyvän dementoituvan vanhuksen onnistuneesta kohtaamisesta. Gerontologia. 24, 4, 323-329. Jyväskylä. Kasvun ja vanhenemisen tutkijat ry.

Silfver, P., Lauri, S. & Leino-Kilpi, H. 1993. HANKALA POTILAS – kuka hän on? Empiirinen tutkimus hoitohenkilökunnan käsityksistä. Turun yliopisto

Soininen, H. 2009. Dementia. Terveyskirjasto. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 19.10.2014. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00054

STM. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014. Kotihoito tukee kotona selviytymistä. Sosiaali- ja terveyspalvelut. Viitattu 18.11.2014. http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kotipalvelut

STM. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014. Kotisairaanhoidon ja kotisairaalahoidon. Sosiaali- ja terveyspalvelut. Viitattu 18.11.2014. http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/kotisairaanhoidon

STM. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. julkaisu. Viitattu 15.11.2014. <http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/julkaisu/1860580#fi>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Kansallinen muistiohjelma 2012-2020. Tavoitteena muistiystävällinen Suomi. Julkaisu. Viitattu 12.1.2015. <http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/julkaisu/1800855>

Stolt, M., Suhonen, R., Koskenniemi, J., Hupli, M., Katajisto, J. & Leino-Kilpi, H. 2014. Läheisen kuormittuneisuus muistipotilaiden kotihoidossa. Hoitotiede. 26, 2,125-135. Kuopio. Hoitotieteiden tutkimusseura HTTS ry.

Suhonen, J., Alhainen, K., Eloniemi-Sulkava, U., Juhela, P., Juva, K., Löppönen, M., Makkonen, M., Mäkelä, M., Pirttilä, T., Pitkälä, K., Remes, A., Sulkava, R., Viramo, P. & Erkinjuntti, T. 2008. Hyvät hoitokäytännöt etenevien muistisairauksien kaikissa vaiheissa. Suomen Lääkärilehti. 63, 10, 16-18. Viitattu 18.10.2014. http://www.kotonaparass.fi/@Bin/141176/sll_muistisairaussuositus.pdf

Suhonen, J., Martikainen, K. & Pasila, A. 2010. Kun ajatuskin jähmettyy. Suomen Parkinson-Liitto. Turku. Viitattu 18.10.2014. http://www.parkinson.fi/sites/default/files/Parkinsonin_taudin_%20muistisairaus72010.pdf

Suhonen, R., Stolt, M., Gustafsson, M-L., Katajisto, J. & Puro, M. 2012. Ikääntyneiden ihmisten hoitotyössä työskentelevien hoitajien työtyytyväisyys. Hoitotiede. 24,1, 27-37. Kuopio. Hoitotieteiden tutkimusseura HTTS ry.

Sulkava, R. 2014. Alzheimerin taudin (ja muiden muistisairauksien) diagnostiikan, ennaltaehkäisyn ja hoidon mahdollisuudet. Luento. Helsinki. Pidetty 10.10.2014 ja 21.10.2014.

Sulkava, R. 2010. Muistisairaudet. Teoksessa Geriatria, 120-138. 2. uud. p. Toim. Tilvis, R., Pitkälä, K., Starndberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Sulkava, R. & Eloniemi - Sulkava U. 2008. Muistisairaudet. Teoksessa Geriatria – arvioinnista kuntoutukseen, 81-100. 1. p. Toim. Hartikainen, S. & Lönnroos, E. Helsinki. Edita.

Suomen kuntaliitto. 2012. Kuntien ikääntymispoliittiset strategiat. Asiantuntijapalvelut. Viitattu 15.11.2014. <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/sos-ter/sosiaalipalvelut/ikaantyneet/ikaantymispoliittiset-strategiat/Sivut/default.aspx>

Suontaka-Jamalainen, Kirsti. 2011. Muistisairaana käytösoireet ja toimintakyky vanhuspsykiatrisessa osastohoidossa. Pro gradu –tutkielma. Terveystieteiden yksikkö. Tampereen yliopisto. Viitattu 21.11.2014. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/82639/gradu05331.pdf?sequence=1>

Suomen muistiasiantuntijat ry. 2010. Kannanotto. Viitattu 14.11.2014. <http://www.muistiasiantuntijat.fi/media-files/kannanotto-2010.pdf>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014. Ikääntyminen. Ikäpolitiikka ja palvelujärjestelmä. Viitattu 15.11.2014. <http://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/ikapolitiikka-ja-palvelujarjestelma>

THL. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Kotihoidon asiakkaat marraskuussa 2013. Tilastot. Viitattu 18.10.2014. <http://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/ikaantyneiden-sosiaalipalvelut/kotihoidon-laskenta>

Tuovinen, J. 2014. Muistisairaana opetus ja ohjaus. Luento. Vaasan ammattikorkeakoulu. Pidetty 26.3.2014.

Vataja, R. 2006. Dementiaan liittyvät käytösoireet. Teoksessa Muistihäiriöt ja dementia, 98-107. 2. uud. p. Toim. Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Soininen, H. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Vataja, R. 2014. Muistisairaana käyttäytymisen muutosten hoidon periaatteet. Teoksessa Muistisairaana kuntouttava hoito, 58. 1. p. Toim. Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Vataja, R. 2014. Muistisairaana käyttäytymisen muutosten kirjo. Teoksessa Muistisairaana kuntouttava hoito, 49. 1. p. Toim. Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Vataja, R. 2014. Muistisairauteen liittyvien käyttäytymisen muutosten ilmeneminen. Teoksessa Muistisairaana kuntouttava hoito, 46-47. 1. p. Toim. Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Vataja, R. 2014. Parkinsonin taudin muistisairaus. Teoksessa Muistisairaana kuntouttava hoito, 95-96. 1. p. Toim. Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. 1. p. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi

SAATEKIRJE

HYVÄ YLISTARON KOTIHOIDON TYÖNTEKIJÄ

Sairaanhoitajaopintoihini Vaasan ammattikorkeakoulussa kuuluu opinnäytetyön tekeminen, jonka aiheena on Ylistaron kotihoidon työntekijöiden kokemat ongelmat käytösoireisen muistisairaahan hoitotyössä.

Kotihoidon työntekijänä olet päivittäin tekemisissä muistisairaiden ja heidän käytösoireidensa kanssa, joten kokemuksesi ovat arvokasta materiaalia tutkimustyöhöni. Olen kiitollinen, jos voin haastatella sinua kokemuksistasi. Nauhoitettava haastattelu tehdään kotihoidon tiloissa tai muussa erikseen sovittavassa paikassa, ja siihen on lupa käyttää työaika mahdollisuuksien mukaan. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Antamasi tiedot ovat luottamuksellisia ja ne käsitellään siten, että yksittäinen haastateltu ei ole tunnistettavissa julkaistavassa työssä. Tutkimuksen valmistuttua nauhat hävitetään asianmukaisesti. Tutkimuksesta saatuja tuloksia voidaan hyödyntää pohdittaessa ratkaisuja ja toimintamalleja hankaliksi koetuissa hoitotilanteissa.

Vastaan mielelläni, jos sinulla on kysymyksiä tutkimukseen liittyen.

Kiitos jo etukäteen osallistumisestasi!

Sairaanhoitajaopiskelija

Aulikki Jaatinen

Opinnäytetyön ohjaaja, lehtori

Vaasan ammattikorkeakoulu

Elina Kajan

TEEMAHAASTATTELUN RUNKO

1. Haastateltavien esitiedot: ikä, ammatti, työkokemuksen pituus kotihoidossa
2. Millaisia vuorovaikutukseen liittyviä ongelmia kotihoidossa työskentelevät hoitajat kohtaavat hoitaessaan käytösoireisia muistisairaita?
3. Millaisia orientaatioon ja hahmotukseen liittyviä ongelmia kotihoidossa työskentelevät hoitajat kohtaavat hoitaessaan käytösoireisia muistisairaita?
4. Millaisia toiminnanohjaukseen liittyviä ongelmia kotihoidossa työskentelevät hoitajat kohtaavat hoitaessaan käytösoireisia muistisairaita?
5. Millaiset käytösoireet ovat hoitajien mielestä ongelmallisia?
6. Miksi edellä mainitut käytösoireet ovat hoitajien mielestä ongelmallisia?